

HENVISNINGSMØNSTERET I ALMEN PRAKSIS I DANMARK

Kolofon

Henvisningsmønsteret i almen praksis i Danmark

Udarbejdet af: Arbejdsgruppe under Styregruppen for Tværoffentligt Samarbejde (STS) med repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Finansministeriet, Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand).

Copyright: Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Udgivet af:

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.
Telefon: 72 26 90 00
Telefax: 72 26 90 01
E-post: sum@sum.dk
EAN –lokationsnummer: 5798000362055

Grafisk design: 1508 A/S

ISBN: 978-87-7601-268-7 (elektronisk version)

Version: 1. version

Versionsdato: 1.oktober 2008

Publikationen er tilgængelig på <http://www.sum.dk>

Publikationen kan bestilles hos: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Kontoret for Sundhedsstatistik.

Pris: gratis

1. SAMMENFATNING OG DISKUSSION.....	4
1.1. BAGGRUND, FORMÅL OG STRUKTUR.....	4
1.1.1. Baggrund	4
1.1.2. Formål og fokus	4
1.1.3. Dataindsamling og analyse.....	5
1.1.4. Rapportens indhold og struktur	5
1.2. ANALYSENS HOVEDKONKLUSIONER	6
1.2.1. Henvisningsmønsteret i almen praksis i Danmark.....	8
1.2.2. Årsager til variation i henvisningsmønsteret	15
1.3. DISKUSSION: EFFEKTIVITET OG KVALITET I HENVISNINGSPROCESSEN	17
1.4. DATAGRUNDLAGET	20
2. HENVISNINGSMØNSTERET I ALMEN PRAKSIS	21
2.1. ALMEN PRAKSIS SOM ”GATEKEEPER” I SUNDHEDSVÆSENET.....	21
2.2. HENVISNING OG HENVISNINGSMØNSTERET.....	22
2.3. HENVISNINGSMØNSTERET: ANDELEN AF KONTAKTER SOM FØRER TIL HENVISNING	23
2.4. HENVISNINGSMØNSTERET: ANDELEN AF TILMELDTE BORGERE SOM HENVISES	24
2.5. HYPPIGST HENVISTE	25
2.6. UDVIKLINGEN I HENVISNINGSMØNSTERET OVER TID	26
2.7. VARIATION I HENVISNINGSMØNSTERET	26
2.7.1. Variation mellem praksis	27
2.7.2. Variation mellem og inden for kommunerne.....	30
2.7.3. Variation mellem amterne.....	32
2.7.4. Variation mellem regionerne	32
2.8. VARIATION I HENVISNINGSMØNSTERET: ANDEL AF TILMELDTE BORGERE SOM HENVISES	34
2.7. HENVISNINGSMØNSTERET I FORHOLD TIL SYGDOMME OG FORMÅL	39
3. ÅRSAGER TIL VARIATION I HENVISNINGSMØNSTERET	42
3.1. DET SAMLEDE BILLEDE AF ÅRSAGER TIL VARIATION I HENVISNINGSMØNSTERET	42
3.1.1. Faktorer omfattet af denne analyse.....	42
3.1.2. Betydningen af de forskellige grupper af faktorer	43
3.1.3. Den uforklarede variation.....	44
3.1.4. De forskellige faktorer forklaringsgrad	44
3.2. PATIENTRELATEREDE FAKTORER.....	45
3.2.1. Sygdomsrelaterede faktorer	45
3.2.2. Patienternes alder og køn.....	46
3.2.3. Patienternes socioøkonomiske status.....	46
3.3. LÆGE- OG PRAKSISRELATEREDE FAKTORER	46
3.3.1. Faktorer relateret til lægen.....	47
3.3.2. Faktorer relateret til praksis.....	51
3.4. STRUKTURELLE OG ORGANISATORISKE FAKTORER.....	54
3.4.1. Udbuddet af sundhedstilbud.....	54
3.4.2. Henvisningsmuligheder.....	54
3.4.3. Samarbejdsformer og organisering af sundhedsvæsenet.....	56
APPENDIKS 1: VARIATION I ANTAL HENVISNINGER OG ANDEL HENVISTE	58
APPENDIKS 2: KOMMISSORIUM M.V.....	59

BILAG 1: DELANALYSE 1 ”HENVISNINGSMØNSTERET I ALMEN PRAKSIS – EN LITTERATURGENNEMGANG”

BILAG 2: DELANALYSE 2: ”ANALYSE AF HENVISNINGSMØNSTERET I DANSK ALMEN PRAKSIS – EN REGISTERUNDERSØGELSE

BILAG 3: DELANALYSE 3: ”HENVISNINGER FRA ALMEN PRAKSIS – EN ÉNDAGSREGISTRERING”

BILAG 4: ”SAMMENFATTENDE ANALYSER FOR HENVISNINGSMØNSTERET I ALMEN PRAKSIS”

1. Sammenfatning og diskussion

1.1. Baggrund, formål og struktur

1.1.1. Baggrund

Den alment praktiserende læge er borgerens indgang til sundhedsvæsenet. Det er den alment praktiserende læge, som via henvisningen kan sende borgerne videre til speciallæger, sygehusene, kommunale sundhedstilbud etc.

Denne rapport handler om henvisningsmønstret i almen praksis i Danmark. Den fokuserer dermed på en central del af samspillet mellem almen praksis og de øvrige aktører i sundhedssektoren. Med rapporten belyses almen praksis rolle som "gatekeeper" i forhold til det specialiserede sundhedsvæsen, og det søges at identificere områder, hvor der kan være potentiale for at forbedre kvaliteten og effektiviteten af henvisningsprocessen.

Rapporten er en opfølgning på aftalerne om kommunernes og regionernes økonomi for 2008 mellem regeringen og hhv. KL og Danske Regioner (se appendiks for kommissorium). Rapporten analyserer og sammenfatter bl.a. resultaterne af rapporterne: "*Henvisningsmønstret i almen praksis – en litteraturgennemgang*" udarbejdet af Peter Vedsted fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus; "*Analyse af henvisningsmønstret i dansk almen praksis – en registerundersøgelse*" udarbejdet af et konsortium bestående af forskere fra DSI, Syddansk Universitet og Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus; "*Henvisninger fra almen praksis – en endagsregistrering*" udarbejdet af APO under Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense; og "*Sammenfattende analyser for henvisningsmønstret i almen praksis*" også udarbejdet af Peter Vedsted.

En arbejdsgruppe under Styregruppen for Tværoffentligt Samarbejde (STS) med repræsentanter fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand), Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet, Danske Regioner og KL har udarbejdet herværende rapport (se appendiks for sammensætning af arbejdsgruppen og møderække).

1.1.2. Formål og fokus

Det overordnede formål med analysen er at få kortlagt og analyseret henvisningsmønstre og -årsager i almen praksis i Danmark. Formålet er således ikke alene at skabe et overblik over henvisningsmønstrene i almen praksis, men også at identificere mulige årsager til variationer heri.

Analysen er foretaget med henblik på at tilvejebringe viden, som kan bruges til at sikre en effektiv ressourceanvendelse i sundhedsvæsenet. Analysen vil således bidrage til at belyse, hvordan den alment praktiserende læge agerer i rollen som "gatekeeper" i forhold til det øvrige sundhedsvæsen. Lægen er borgernes primære indgang til sundhedsvæsenet og tager sig af langt de fleste henvendelser selv, men kan – og skal – henvise til det øvrige sundhedsvæsen, når han/hun ikke selv er i stand til at diagnosticere og behandle.

Analysens resultater kan indgå i analysen af almen praksis rolle i fremtidens sundhedsvæsen.

Analysen fokuserer på følgende:

- I. Kortlægning af henvisningsmønstre blandt praktiserende læger i Danmark på praksis, kommune- og regionsniveau. Variationen, og hvor muligt udviklingen over tid, i antallet af henvisninger til undersøgelser og behandling på sygehus (ambulatorium eller indlæggelse), til speciallæge mv. vil blive kortlagt.
- II. Afdækning af årsager til forskelle i henvisningsmønstre. Dette gøres på baggrund af identificerede sammenhænge med forskellige faktorer såsom patientsammensætning, organisering og arbejdstilrettelæggelse i almen praksis og samspillet med sundhedsvæsenet i øvrigt.

1.1.3. Dataindsamling og analyse

Dataindsamling og analyse er gennemført ved tre delanalyser: 1. Litteraturanalyse, 2. Registeranalyse, 3. Spørgeskemaundersøgelse og henvisningsaudit. Der er desuden udarbejdet en rapport, som sammenkobler resultaterne af de tre delanalyser. De fire rapporter er vedlagt denne rapport som bilag.

Delanalyserne er gennemført af forskere og konsulenter med særligt kendskab til almen praksis samt lignende kortlægninger og analyser.

1.1.4. Rapportens indhold og struktur

Rapporten er opbygget således, at analysens hovedkonklusioner sammenfattes og diskuteres i kapitel 1. I kapitel 2 gives en introduktion til, hvorfor det er interessant at beskrive og analysere henvisningsmønstret. Herunder beskrives, hvordan den ideelle henvisning bør se ud for at sikre optimal kvalitet og effektivitet i henvisningsprocessen.

I kapitel 3 gives en beskrivelse af henvisningsmønstret, dvs. hvor mange de alment praktiserende henviser, hvem de henviser til og for hvilke sygdomme. Det beskrives også, hvorledes henvisningsmønstret varierer mellem praksis og geografiske områder.

I kapitel 4 sammenfattes analysens resultater vedrørende de faktorer, som påvirker henvisningsmønstret. Fremstillingen omfatter faktorer relateret til patienten, lægen, praksis og strukturelle og organisatoriske faktorer. Der ses også på, hvad resultaterne kan sige om kvaliteten og effektiviteten i henvisningsprocessen.

1.2. Analysens hovedkonklusioner

I det følgende sammenfattes analysens resultater. En kortfattet fremstilling af analysens hovedkonklusioner fremgår af boks 1.

Boks 1: Hovedkonklusioner

Henvisningsmønsteret:

Andel af kontakter som henvises:

- Ca. 10 pct. af kontakterne (konsultationer, telefonkonsultationer og hjemmebesøg) til almen praksis fører til en henvisning til det øvrige sundhedsvæsen. Det svarer nogenlunde til niveauet fra udenlandske studier af henvisningsmønstre i almen praksis.
- Henvisningerne fra almen praksis fordeler sig på følgende måde:
 - Ca. 35 pct. går til sygehuse.
 - Ca. 35 pct. går til speciallæger.
 - Ca. 15 pct. går til røntgen i speciallægepraksis eller på sygehuse.
 - Ca. 15 pct. går til fysioterapeuter, fodterapeuter, psykologer eller et kommunalt tilbud.

Andel af tilmeldte borgere som henvises:

- Mere end 40 pct. af borgere tilmeldt en almen praksis under Sygesikringens gruppe 1 henvises i løbet af et år til enten speciallæger, sygehus, et kommunalt tilbud eller andre sundhedspersoner.
 - Ca. 20 pct. af tilmeldte borgere henvises til sygehuse.
 - Ca. 30 pct. af tilmeldte borgere henvises til speciallæger.
- Da ca. 85 pct. af alle borgere tilmeldt Sygesikringens gruppe 1 kontakter deres alment praktiserende læge i løbet af et år, er det op mod halvdelen (47 pct.) af de patienter lægen er i kontakt med, som henvises i løbet af et år.

Variation i henvisningsmønsteret:

- Der er variation i henvisningsmønsteret, selv når der er taget højde for forskelle i patienternes køn og alderssammensætning. Dette gælder både, når henvisningsmønsteret opgøres som andel af konfrontationskontakter (konsultationer og hjemmebesøg) til almen praksis og som andelen af tilmeldte borgere, der henvises i løbet af et år.
- Det er dog relativt få praksis, der henviser hhv. mange og få patienter eller en relativt stor eller lille andel af deres konfrontationskontakter. Dette ses ved, at variationen reduceres markant, når den beregnes inden for 90 pct. intervallet, jf. tabel 1.1. nedenfor. I tabellen sammenstilles variationsfaktorerne for henvisninger til hhv. speciallæger og sygehuse for alle (100 pct.) praksis, kommuner og regioner og for 90 pct. intervallet, dvs. de 5 pct. der ligger hhv. højest og lavest ikke regnes med.
- I nogle kommuner henviser de alment praktiserende læger gennemsnitligt dobbelt så ofte til speciallæge som i de kommuner, hvor lægerne gennemsnitligt henviser færrest. Beregnes variationen inden for 90 pct. intervallet reduceres variationsfaktoren til 1,4.
- Der er en mindre variation i det gennemsnitlige antal henvisninger pr. kontakt mellem regionerne, hvilket bl.a. skyldes, at der er tale om større enheder. Ifølge registeranalysen henvises gennemsnitligt ca. 30 pct. flere til speciallæger i Region Hovedstaden end i Region Nordjylland. Der henvises gennemsnitligt 10 pct. flere til sygehuse i Region Nordjylland end i Region Hovedstaden. Det bemærkes, at henvisninger fra speciallæger til sygehus ikke er medtaget i analysen.
- Variationen i andel henvisninger svarer til variationen i andel henviste borgere. På praksisniveau er variationen dog større i andelen af kontakter, som henvises end andelen af tilmeldte borgere, som henvises.

Tabel 1.1. Variationsfaktorer for henvisninger på praksis-, kommune- og regionsniveau

Instans	Interval	Praksisniveau	Kommuneniveau	Regionsniveau
Speciallæge	100 pct.	11,5 (3,1)	2,1 (1,4)	1,3 (1,1)
	90 pct.	2,0 (1,4)	1,4 (1,2)	-
Sygehus	100 pct.	2,5 (2,8)	1,3 (1,4)	1,1 (1,1)
	90 pct.	1,4(1,5)	1,2 (1,2)	-

Anm. Da der kun er 5 regioner beregnes ikke et 90 pct. interval. Tal i parentes angiver variation i andel henviste borgere.

Årsager til variation i henvisningsmønsteret (andel af henviste kontakter):

- Det er faktorer relateret til patienten (køn, alder og socioøkonomi), der har størst betydning for variationer i henvisningsmønsteret. Disse faktorer forklarer således mere end 20 pct. af variationen jf. figur 1.5.
- Udbuddet af sundhedstilbud, særligt speciallæger, har også stor betydning for henvisningsmønsteret og forklarer 10-20 pct. af variationen i henvisningsmønsteret.
- Læge- og praksisrelaterede faktorer forklarer meget lidt (1-5 pct.) af variationen i henvisningsmønsteret.
- Mere end halvdelen af variationen i henvisningerne til speciallæger og sygehuse kan ikke forklares af patientrelaterede faktorer, læge- og praksisrelaterede faktorer eller udbuddet af speciallæger og sygehuse.
- En del af den uforklarede variation kan dog henføres til geografiske faktorer. Det er ikke muligt præcist at identificere disse faktorer, men resultatet peger i retning af, at man lokalt kan have traditioner, kulturer og samarbejdsformer af betydning for henvisningsmønsteret.
- Lægens risikovillighed og personlighed har betydning for, om der henvises eller ej.

Samspelet mellem praksissektoren og det specialiserede sundhedsvæsen:

- Mere end to tredjedele af lægerne vurderer, at de ville kunne løse flere problemer i praksis, hvis de kunne henvise direkte til CT, MR og ekkokardiografi. Der kan dog ikke på baggrund af disse resultater konkluderes konkret, hvilke og hvor mange flere opgaver lægen selv vil kunne løse, og hvor omkostningseffektivt det vil være at kunne henvise direkte til disse diagnostiske undersøgelser.
- To tredjedele af lægerne oplyser, at de har mulighed for at henvise til kommunale rehabiliteringstilbud, godt halvdelen til kommunale forebyggelsestilbud og en fjerdedel til kommunale akuttilbud.
- Lægerne angiver vejledninger som et redskab, der kan være til hjælp i henvisningsprocessen.
- Ca. 40 pct. af lægerne svarer, at praksiskonsulentordningen på sygehusområdet har været til meget eller en del hjælp i arbejdet med henvisninger.

Diskussion af effektivitet og kvalitet i henvisningsprocessen:

- Variationen i henvisningsmønsteret viser, at der på visse områder kan være basis for at arbejde med kvaliteten og effektiviteten af henvisningerne fra almen praksis til det øvrige sundhedsvæsen.
- En større andel af de henvisningerne, der er foretaget i forbindelse med en telefonkonsultation, har en tvivlsom faglig begrundelse (tvivlsom indikation) end dem, der er foretaget ved almindelige konsultationer og hjemmebesøg.
- Mere end halvdelen af henvisningerne foretages med henblik på udredning, hvilket er relativt højt sammenlignet med udlandet.

Datagrundlaget:

- Arbejdet med at beskrive og analysere henvisningsmønsteret i almen praksis i Danmark

har bekræftet, at der hidtil har eksisteret en begrænset viden på dette område, og at data er vanskelig at fremskaffe, af svingende kvalitet og ikke kan opgøres på lægeniveau.

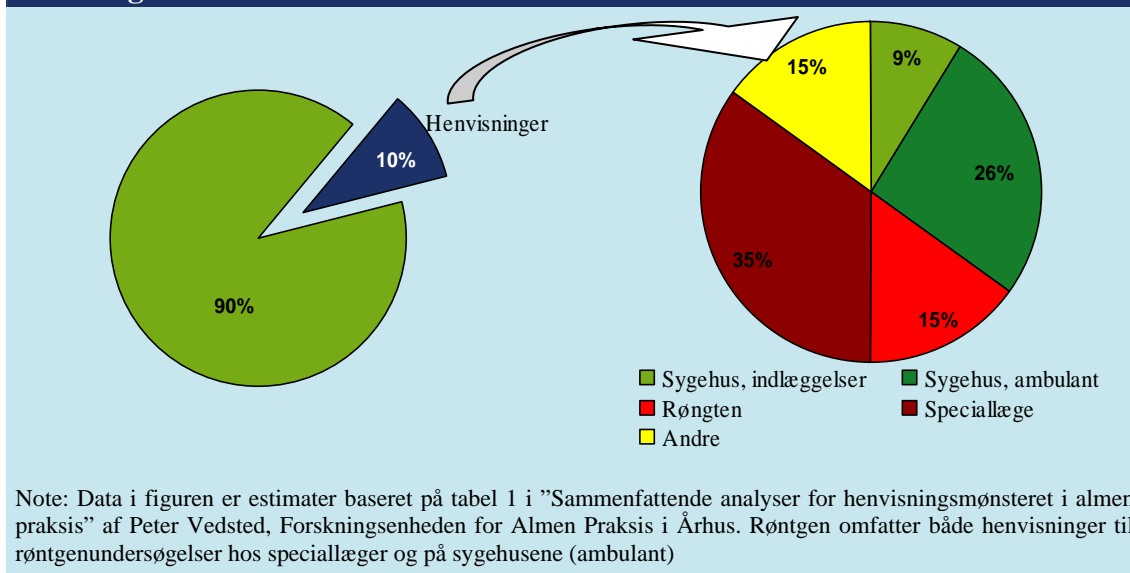
1.2.1. Henvisningsmønstret i almen praksis i Danmark

Hvor meget henvises og til hvem?

En almen praktiserende læge har i gennemsnit kontakt med 40 patienter om dagen og henviser ca. de 4 af dem til det øvrige sundhedsvæsen. Opgjort i procent betyder det, at ca. 10 pct. af alle kontakter (konsultationer, besøg og telefonkonsultationer) fører til en henvisning til det øvrige sundhedsvæsen, jf. figur 1.1.

I ca. 35 pct. af tilfældene henvises til sygehusvæsenet (ambulant eller indlæggelse), og i stort set lige så mange tilfælde henvises til speciallæge. Herudover er ca. 15 pct. af henvisningerne til røntgen i speciallægepraksis eller på sygehus, mens de resterende ca. 15 pct. går til fysioterapeut, fodterapeut, psykolog eller et kommunalt tilbud.

Figur 1.1. Kontakter i almen praksis samt fordelingen af henvisninger til forskellige instanser



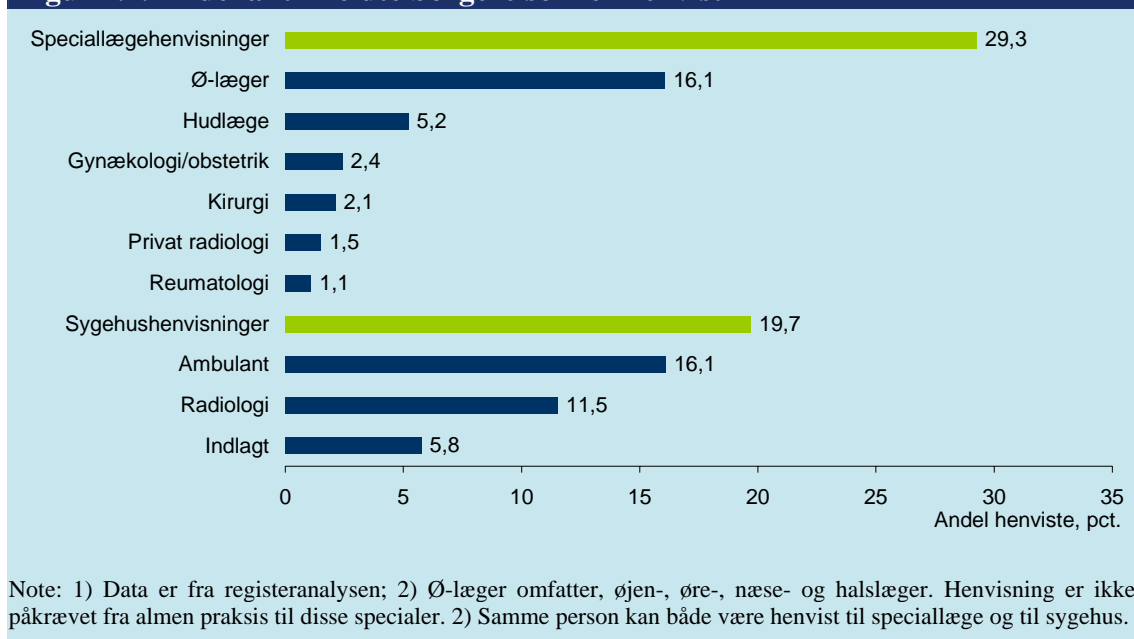
Ses på henvisninger i forhold til andel tilmeldte borgere henvises ifølge registeranalysen ca. 40 pct. af de borgere, der er tilmeldt Sygesikringens gruppe 1 i løbet af et år til enten speciallæger (inkl. fysioterapeut, psykolog, fodterapi og radiologi på private klinikker) og/eller til sygehus (ambulant og indlæggelse). Derudover henvises en mindre andel af de tilmeldte borgere til kommunale sundhedstilbud. Det betyder, at eftersom ca. 85 pct. af alle borgere sikret i Sygesikringen gruppe 1 kontakter deres alment praktiserende læge i løbet af et år, er det op mod halvdelen (47 pct.) af de patienter lægen er i kontakt med, som henvises. Disse tal er i overensstemmelse med analyse af befolkningens forbrug af sundhedsydelser, der viser at lige under 46 procent af befolkningen hvert år bruger ydelser i sygehusvæsenet og eller hos speciallæge (Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2007:18).

Ca. 30 pct. af de tilmeldte borgere henvises til speciallæge i løbet af et år, jf. figur 1.2. For de specialer, som kræver en henvisning, henvises den største andel af de tilmeldte borgere til specialerne hudlæge, gynækologi/obstetrik, kirurgi, radiologi (hos privat praktiserende speciallæger) og reumatologi. For de øvrige specialer henvises mindre

end 1 pct. af de tilmeldte borgere i løbet af et år. Ca. 16 pct. af de tilmeldte borgere påbegynder en behandling hos en øjen-, øre-, næse-, halslæge (Ø-læger) i løbet af et år. Det skal bemærkes, at der ikke kræves henvisning til disse specialer.

Ca. 20 pct. af de tilmeldte borgere henvises til sygehus. Ca. 16 pct. af de tilmeldte borgere henvises til ambulat behandling på et sygehus, mens knap 6 pct. af de tilmeldte borgere henvises til indlæggelse på sygehus.

Figur 1.2. Andel af tilmeldte borgere som er henvist



Hyppigt henviste

De 10 pct. hyppigst henviste står for 25 pct. af henvisningerne til speciallæger og 20 pct. af henvisningerne til sygehus. Disse hyppigst henviste til speciallæger får i gennemsnit knap 4 henvisninger på et år. Mens de, der henvises hyppigt til sygehuse, får i gennemsnit 3,3 henvisninger pr. år. Hyppigt henviste kan både være henvist flere gange i forbindelse med udredning og behandling for én sygdom, men kan også være henvist flere gange af helt forskellige og uafhængige årsager.

Udvikling over tid

Analysen viser, at der er sket et mindre fald på 2 pct. i antallet af henvisninger til speciallæger og sygehuse i perioden 2002 til 2006. Der er samtidig sket en forskydning i henvisningsmønstret således, at en relativ nedgang i henvisninger til sygehus til dels opvejes af en stigning i henvisninger til speciallæge. Det vides dog ikke, hvorvidt der fra speciallægerne henvises videre til sygehuse, hvorfor det ikke vides, om der i sådanne tilfælde sker en overbehandling.

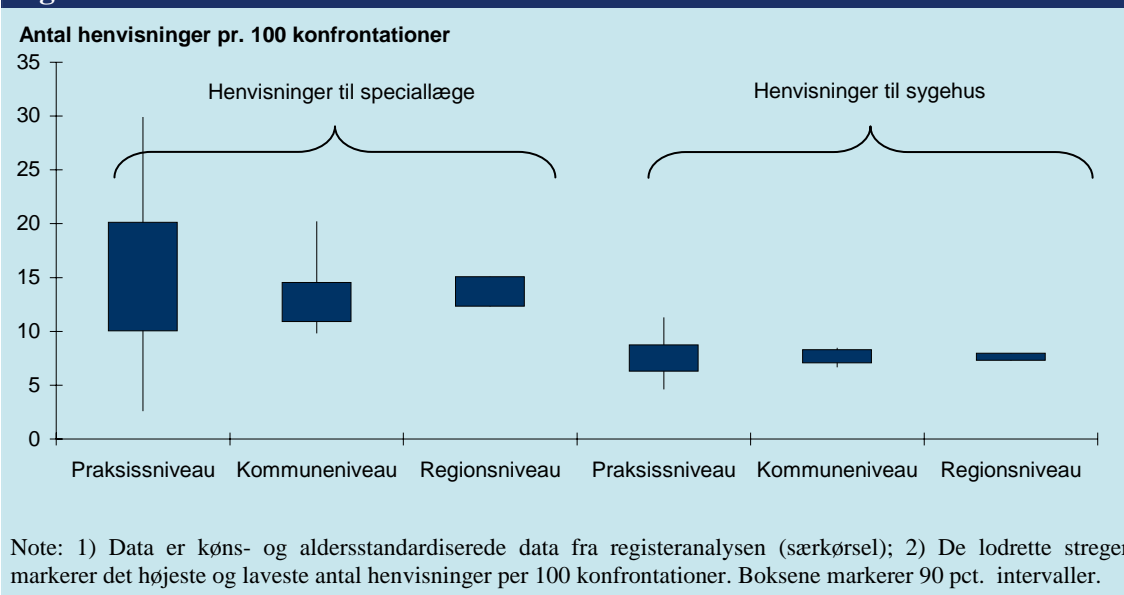
Variation i henvisningsmønstret – henvisninger pr. 100 kontakter

Analysen viser, at der er variation i henvisningsmønstret fra almen praksis i Danmark til sygehuse og speciallæger (inkl. fysioterapeut, psykolog, fodterapeut og radiologi på private klinikker), jf. figur 1.3, som viser variationen i antal henvisninger pr. 100 konfrontationskontakter (konsultationer og besøg). I figuren vises variationen i henvisningspraksis på praksis-, kommune- og regionsniveau opgjort på baggrund af

registeranalysen¹. De lodrette streger markerer det højeste og laveste antal henvisninger per 100 konfrontationer, mens boksene markerer det højeste og laveste antal henvisninger inden for 90 pct. intervallet. Der er således forskel på, hvor meget og til hvem de enkelte praksis henviser. Dette gælder både når man sammenligner alle praksis på tværs af landet (praksisniveau), og når kommunale og regionale gennemsnit sammenlignes på tværs af landet. Dette gælder også, når der tages højde for forskelle i patientsammensætningen. I beregningen og fremstillingen af variationen er data således køns- og aldersstandardiseret.

Variationen i henvisningsmønsteret viser, at der på visse områder kan være basis for at arbejde med kvaliteten og effektiviteten af henvisningerne fra almen praksis til det øvrige sundhedsvæsen.

Figur 1.3. Variationen i antal henvisninger på praksis-, kommune- og regionsniveau



Variation på praksisniveau

Der er variation i henvisningsmønsteret. Nogle praksis henviser 11½ gange oftere til speciallæger og 2½ gange oftere til sygehusene end andre praksis, når der er taget højde for forskelle i patienternes køns- og alderssammensætning. Således foretog nogle omkring 3 henvisninger pr. 100 konfrontationer til speciallæge, mens andre foretog knapt 30 henvisninger. Variationen i henvisningsmønsteret i dansk almen praksis er på niveau med den variation, der er fundet i udenlandske studier.

Det er ganske få praksis, der foretaget hhv. relativt mange og få henvisninger. Betragtes alene praksis inden for 90 pct. intervallet, dvs. de 5 pct. af praksis, der henviser færrest og de 5 pct., der henviser flest udelades, så reduceres variation i henvisninger til speciallæger til faktor 2, jf. tabel 1.1. Beregnes variationen inden for 90 pct. intervallet for sygehushenvisninger, reduceres variationsfaktoren til 1,4. Inden for dette interval henviser de praksis, som henviser flest, således knapt 9 gange, mens de, der henviser færrest, henviser omkring 6 gange pr. 100 konfrontationskontakter.

¹ Det skal bemærkes, at i registeranalysen er telefonkonsultationer og kontakter inden for vagttiden ikke medregnet i konfrontationskontakter. Dog er alle henvisninger - også de, der er foretaget pba. af en telefonkonsultation og i vagttiden - regnet med i opgørelsen af henvisninger til sygehusene. Dette betyder, at niveauet for henvisningerne overestimeres i registeranalysen.

Tabel 1.1. Variationsfaktorer for henvisninger på praksisniveau		
Instans	Interval	Praksisniveau
Speciallæge	100 pct.	11,5
	90 pct.	2,0
Sygehus	100 pct.	2,5
	90 pct.	1,4

Ovennævnte store reduktion i variationsfaktoren ved at gå fra 100 pct. til 90 pct. intervallet skyldes, at de fleste praksis henviser til speciallæger i nogenlunde samme omfang som gennemsnittet på 14 henvisninger pr. 100 konfrontationskontakter. Hvad angår henvisninger til sygehuse, ligger størstedelen af praksis også tæt på gennemsnittet, som er 8 henvisninger pr. 100 konfrontationskontakter.

Ydermere kan en stor del af variationen forklares med, at radiologiske undersøgelser delvist foregår i speciallægeregi i Århus og Hovedstadsområdet. Når der tages højde for disse organisatoriske forskelle, reduceres den samlede variation i antallet af henvisninger til speciallæge fra faktor 11 til faktor 4. Inden for 90 pct. intervallet er variationsfaktoren kun 1,5, når henvisninger til radiologisk undersøgelse på private klinikker ikke medregnes.

Registeranalysen viser, at nogle praksis henviser kronikere med diagnoser, som ideelt set burde kunne klares i almen praksis, 5 gange oftere til sygehus end andre praksis. Denne forskel kan til en vis grad skyldes forskelle i praksispopulationens morbiditet, da data ikke er standardiseret for alder og køn.

Variation på kommuneniveau

Registerstudiet viser, at almen praksis i nogle kommuner henviser gennemsnitligt dobbelt så ofte til speciallæge som i de kommuner, hvor praksis gennemsnitligt henviser færrest. Mens almen praksis i nogle kommuner henviser gennemsnitligt ca. 10 gange til speciallæger pr. 100 konfrontationskontakter, henviser almen praksis i andre kommuner gennemsnitligt ca. 20 gange. Beregnes variationen inden for 90 pct. intervallet reduceres variationsfaktoren til 1,4, jf. tabel 1.2

Ses på henvisninger til sygehuse henviser almen praksis i de kommuner, hvor der henvises flest, gennemsnitligt 1,3 gange oftere end almen praksis i de kommuner, hvor der henvises færrest. Beregnes variationen inden for 90 pct. intervallet, reduceres variationsfaktoren til 1,2.

Tabel 1.2. Variationsfaktorer for henvisninger på kommuneniveau		
Instans	Interval	Kommuneniveau
Speciallæge	100 pct.	2,1
	90 pct.	1,4
Sygehus	100 pct.	1,3
	90 pct.	1,2

Inden for kommunegrænserne er variationen i henvisningsmønsteret blandt de alment praktiserende læger generelt meget begrænset. I en del kommuner er der dog en variation på helt op til 2,5 for henvisninger fra alment praksis til speciallæger og 2 for henvisninger til sygehuse.

Variation på regionsniveau

Der er en mindre variation i det gennemsnitlige antal henvisninger pr. kontakt mellem regionerne, hvilket bl.a. skyldes, at der er tale om større enheder, hvor forskellene til dels udlignes. I. Variationsfaktoren for henvisninger til speciallæge er ca.1,3 og for henvisninger til sygehuse er den ca. 1,2.

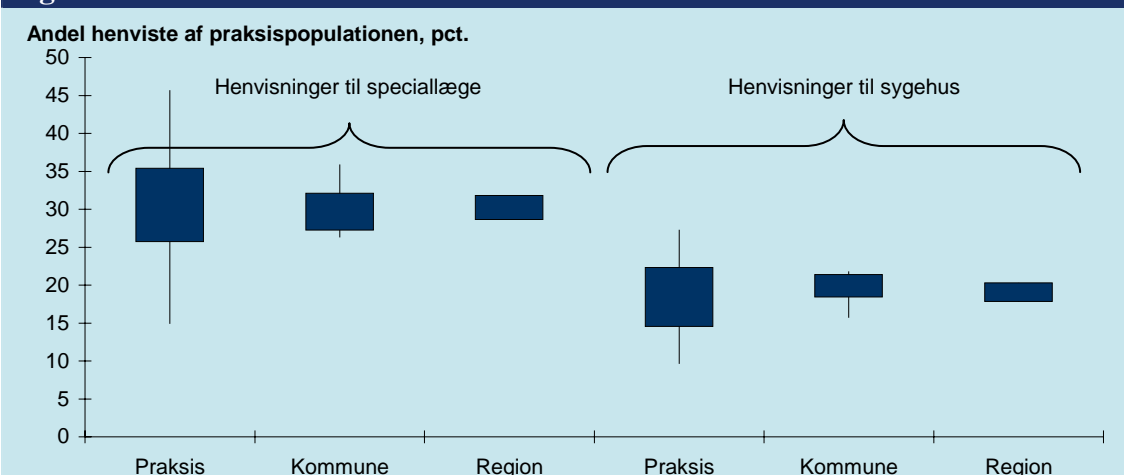
Ifølge registeranalysen henvises der gennemsnitligt ca. 30 pct. flere til speciallæger i Region Hovedstaden end i Region Nordjylland. Der henvises gennemsnitligt 10 pct. flere til sygehuse i Region Nordjylland end i Region Hovedstaden. Det bemærkes, at henvisninger fra speciallæger til sygehus ikke er medtaget i analysen.

Resultaterne synes at indikere, at der for visse sundhedsydelse kan være en substitution mellem henvisninger til speciallæge og ambulante sygehushenvisninger. Dette kan imidlertid ikke konkluderes entydigt alene på baggrund af ovenstående resultater, idet analysen ikke inkluderer eventuelle viderehenvisninger fra speciallæge til sygehus.

Variation i henvisningsmønsteret – andel henviste borgere

Analysen viser, at der er variationer i, hvor stor en andel af patienterne de alment praktiserende læger henviser i løbet af et år. Der er således forskel på, hvor mange og til hvem de enkelte praksis henviser. Både når man sammenligner alle praksis på tværs af landet (praksisniveau), og når kommunale og regionale gennemsnit sammenlignes på tværs af lande, jf. figur 1.4. I figuren vises variationen i henvisningspraksis på praksis-, kommune- og regionsniveau. De lodrette streger markerer den højeste og laveste andel henviste patienter pr. 100 tilmeldte, mens boksene markerer den højeste og laveste andel henviste patienter inden for 90 pct. intervallet.

Figur 1.4. Variationen i andel henviste borgere på praksis-, kommune- og regionsniveau.



Note: 1) Data er køns- og aldersstandardiserede data fra registeranalysen (særkørsel); 2) De lodrette streger markerer det højeste og laveste antal henvisninger per 100 konfrontationer. Boksene markerer 90 pct. intervaller.

Variationen svarer til den variation, der er i henvisningsmønsteret, når henvisningerne opgøres som antal henvisninger pr. 100 konfrontationskontakter. Opgjort på praksisniveau er der dog en større variation i andelen af konfrontationskontakter, som fører til henvisning til speciallæge end den variation, der er mellem praksis i andelen af tilmeldte borgere. Hvad angår variationen i henvisningsmønsteret til sygehuse er der

marginale forskelle mellem variationen i andel henvisninger og variationen i andelen af henviste.

Variation på praksisniveau

Ifølge registerstudiet henviser nogle praksis ca. 3 gange så stor en andel af de patienter, de har tilmeldt deres praksis til en speciallæge end andre praksis, jf. tabel 1.3. Således henviste nogle praksis kun omkring 15 pct. af deres patienter, mens andre henviste knap 46 pct.

Når der ses bort fra de 5 pct. af praksis, der henviser flest, og de 5 pct. der henviser færrest (90 pct. intervallet), reduceres variationen til faktor 1,4. De praksis, som henviser flest patienter inden for dette interval, henviser lidt over 35 pct. af deres patienter. De praksis, der henviser færrest, henviser knapt 26 pct. af patienterne.

Gennemsnitligt henvises 30 pct. af patienterne i en praksis til speciallæge. De fleste praksis ligger nogenlunde omkring dette gennemsnit.

Instans	Interval	Praksisniveau
Speciallæge	100 pct.	3,1
	90 pct.	1,4
Sygehus	100 pct.	2,8
	90 pct.	1,5

Variation på kommuneniveau

Registerstudiet viser, at almen praksis i nogle kommuner gennemsnitligt henviser 1,4 gange så stor en andel af patienterne til speciallæge som i de kommuner, hvor almen praksis gennemsnitligt henviser den laveste andel. Mens almen praksis i nogle kommuner henviser gennemsnitligt lidt over 26 pct. af patienterne til speciallæger, henviser almen praksis i andre kommuner gennemsnitligt ca. 36 pct. Beregnes variationen inden for 90 pct. intervallet, reduceres variationsfaktoren til 1,2, jf. tabel 1.4. De fleste kommuner ligger tæt på gennemsnittet på 30 pct. henviste patienter fra almen praksis.

Ses på henvisninger til sygehus henviser almen praksis i nogle kommuner også gennemsnitligt 1,4 gange så stor en andel af patienterne, som i de kommuner, hvor almen praksis gennemsnitligt henviser den laveste andel, jf. figur 1.4. Mens der i nogle kommuner blev henvist gennemsnitligt knapt 16 pct. af patienterne fra almen praksis til sygehus, blev der i andre kommuner gennemsnitligt henvist knapt 22 pct. fra almen praksis. Beregnes variationen inden for 90 pct. intervallet, reduceres variationsfaktoren til 1,2. De fleste kommuner ligger tæt på gennemsnittet på 20 pct. henviste patienter fra almen praksis.

Instans	Interval	Kommuneniveau
Speciallæge	100 pct.	1,4
	90 pct.	1,2
Sygehus	100 pct.	1,4
	90 pct.	1,2

Variation på regionsniveau

Variationsfaktoren på regionsniveau for henvisninger til speciallæger er 1,1. Ifølge registeranalysen henvises gennemsnitligt 31,8 pct. af patienterne til speciallæge i Region Hovedstaden. Det er mere end landsgennemsnittet på ca. 30 pct. Det er ca. 11 pct. mere end den andel patienter, der henvises i Region Nordjylland, hvor den gennemsnitlige andel henviste ligger på 28,6 pct.

Ses på henvisninger til sygehus (ambulant og indlæggelse) er variationsfaktoren 1,1, dvs. de alment praktiserende læger i Region Nordjylland henviser i gennemsnit 10 pct. flere til sygehus end lægerne i Region Hovedstaden.

Resultaterne synes at indikere, at der for visse sundhedsydelse kan være en substitution mellem henvisninger til speciallæge og ambulante sygehushenvisninger. Dette kan imidlertid ikke konkluderes entydigt alene på baggrund af denne analyses resultater, idet analysen ikke inkluderer eventuelle viderehenvisninger fra speciallæge til sygehus.

Henvisningsmønster ift. sygdomsgrupper og formål

En tredjedel af alle henvisninger vedrører muskelskeletsygdomme, som dermed er den sygdomskategori, der hyppigst foranlediger en henvisning. Derefter følger sygdomme relateret til mave-tarm, gynækologi og urinveje med 11 pct. og hudsygdomme med 10 pct. af henvisningerne. Kræft og hjerte- karsygdomme er årsagen til henvisning i hhv. 7, 7 og 6,8 pct. af de tilfælde, hvor der henvises.

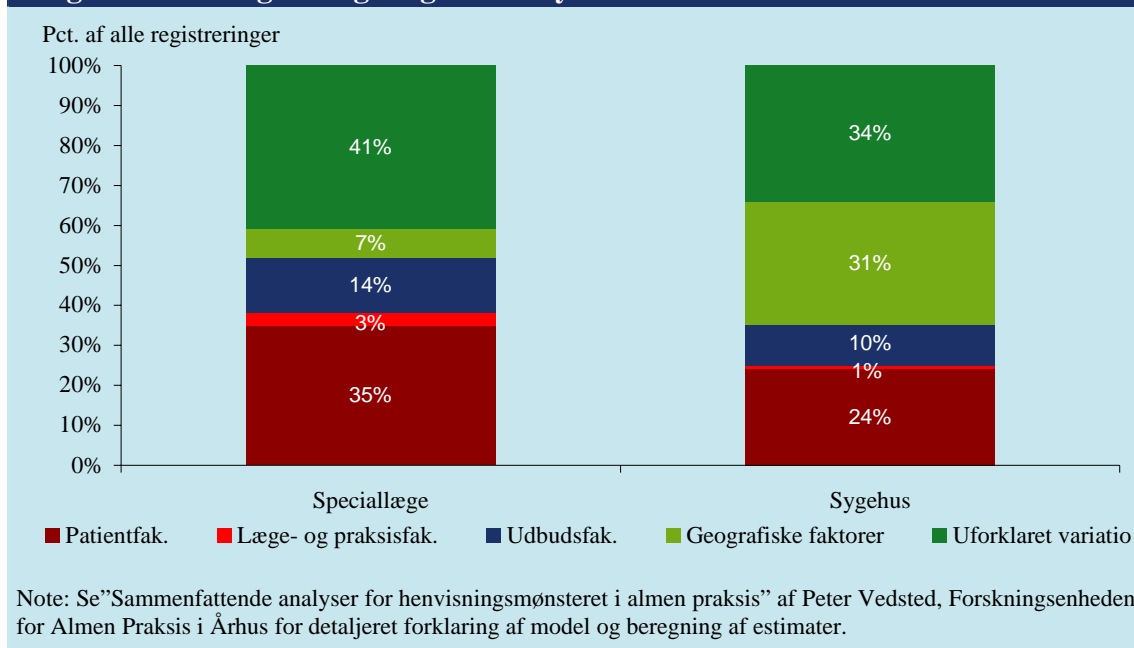
Hovedformålet med godt halvdelen af alle henvisninger er udredning ved mistanke om sygdom, hvilket er relativt højt sammenlignet med udlandet. En tredjedel af henvisningerne foretages med henblik på behandling og kontrol af sygdommen. Genoptræning, rehabilitering og forebyggelse er formålet med i alt godt en tiendedel af alle henvisninger.

1.2.2. Årsager til variation i henvisningsmønsteret

Det samlede billede

Det er faktorer relateret til patienten, der har størst betydning for variationer i henvisningsmønsteret. Desuden har udbuds faktorer, primært tætheden af speciallæger, stor betydning for henvisningsmønsteret. De statistiske analyser viser, at lægens køn og alder samt praksisrelaterede faktorer umiddelbart forklarer relativt lidt af variationen i henvisningsmønsteret, jf. figur 1.5.

Figur 1.5. Forskellige grupper af faktorerers bidrag til forklaring af variationen i brug af henvisninger ifølge registeranalysen



Den uforklarede variation og geografiske faktorer

Mere end halvdelen af variationen i henvisningerne til speciallæger og sygehuse kan ikke forklares med modellen, dvs. at patientrelaterede faktorer, læge- og praksisrelaterede faktorer eller udbuddet af speciallæger og sygehuse. Variationen skyldes andre faktorer, som det pga. data og metodemæssige begrænsninger ikke har været muligt at belyse kvantitativt og ved hjælp af statistiske metoder. En del af den uforklarede variation kan dog henføres til geografiske faktorer. Det er ikke muligt præcist at identificere disse faktorer, men resultatet peger i retning af, at man lokalt kan have traditioner, kulturer og samarbejdsformer af betydning for henvisningsmønsteret. Endvidere kan den for sygehushenvisningernes vedkommende skyldes forskelle i registreringspraksis mellem regionerne og de tidligere amter (datafejl).

Patient- og sygdomsrelaterede faktorer

Såvel gennemgangen af den danske og udenlandske litteratur, registerstudiet og spørgeskemaanalysen viser, at patientkarakteristika har størst betydning for variationer i henvisningsmønsteret. Disse faktorer forklarer således mere end 20 pct. af variationen jf. figur 1.5.

Af både den danske og internationale litteratur fremgår det, at patienternes alder og køn har stor betydning for patienternes sygelighed, og dermed hvilket behov de har for at blive henvist til det specialiserede sundhedsvæsen. Betydningen af patienternes alder og køn bekræftes i registerstudiet, som viser, at andelen af praksispopulationen, som

henvises til specialiseret behandling, øges i takt med alderen. Registerstudiet viser også, at kvinder generelt henvises mere end mænd. Det gælder særligt for kvinder i den fødedygtige alder.

Der viser sig en tendens til, at personer med længere uddannelse og/eller høj familiedisponibel indkomst henvises oftere til speciallæger, hvorimod der er en tendens til, at personer med kortere uddannelse og/eller lav familiedisponibel indkomst henvises oftere til sygehusindlæggelser. Dette skyldes til dels, at der i områder, hvor der er høj koncentration af personer med høj socioøkonomisk status, også er et stort udbud af speciallæger.

Læge- og praksisrelaterede faktorer

Registeranalysen og spørgeskemaanalysen viser, at læge- og praksisrelaterede faktorer forklarer relativt lidt (1-5 pct.) af variationen i henvisningsmønsteret.

Faktorer relateret til lægen

Lægens køn og anciennitet har beskedne betydning for henvisningsmønsteret.

Analyserne viser dog, at lægens risikovillighed og personlighed har betydning for henvisningsmønsteret. I cirka halvdelen af de tilfælde, hvor der foretages en henvisning, vurderer lægerne selv, at der er faktorer ud over faktorer, som er direkte relateret til sygdom, der er medvirkende til henvisningen. Det kan f.eks. være patientønske, eller at lægen er ”kørt fast i problemet”, som medvirker til, at der foretages en henvisning. Ved 4 pct. af henvisningerne vurderer lægerne endvidere selv, at henvisningen foretages med tvivlsom faglig begrundelse (indikation).

Disse resultater giver anledning til at se nærmere på, hvordan lægen kan styrkes i sin faglige vurdering af, om en henvisning er nødvendig eller ej. Dette kunne f.eks. gøres gennem klinisk vejledning, herunder vejledning om rette indikation for henvisninger for specifikke sygdomme, specialvejledning/vejledning via sygehusene.

Praksisorganisatoriske faktorer

Praksisorganisatoriske faktorer, herunder praksisform, antal læger i praksis, antallet af klinikpersonaler samt antallet af tilmeldte, forklarer en relativt lille del af variationen i henvisningsmønsteret.

Det ser umiddelbart ud til, at kompagniskabspraksis i højere grad henviser til ambulante forløb og i mindre grad til speciallæge. På grund af den geografiske fordeling af hhv. solo- og kompagniskabspraksis med en ophobning af solopraksis i hovedstaden og større byer, hvor der også er en ophobning af speciallæger, synes denne mindre sammenhæng dog at kunne forklares ved, at der blandt læger, der arbejder i et område med højt udbud af speciallæger, samtidig også er relativt flere solopraksis.

Analysen påviser ikke en klar sammenhæng mellem brugen af ikke-lægeligt praksispersonale og henvisningsmønsteret. Det kan dog ikke udelukkes, at en systematisk inddragelse af uddannede praksissygeplejersker og andet ikke-lægeligt praksispersonale kan have en effekt på henvisningsmønsteret.

Registerstudiet viser, at jo flere timer almen praksis bruger på egne laboratoriefunktioner jo færre henvisninger til speciallæge og jo flere henvisninger til sygehuse. Resultaterne tyder således på, at laboratoriefunktionerne substituerer for henvisning til lignende aktiviteter hos speciallæger. Samtidig tyder resultaterne på, at når der bruges flere timer på egne laboratoriefunktioner, identificeres flere symptomer, der giver anledning til henvisning til sygehus.

Strukturelle og organisatoriske faktorer

Udbuddet af sundhedstilbud

Analysen viser, at udbuddet af sundhedstilbud i det specialiserede sundhedsvæsen har stor betydning for henvisningsmønsteret. Udbuddet forklarer således 10-20 pct. af variationen i henvisningsmønsteret jf. figur 1.5.

Registerstudiet og spørgeskemaundersøgelsen viser, at udbudsfaktorer, særligt tætheden af speciallæger, har betydning for henvisningsmønsteret til speciallæge og ambulat behandling på sygehus. Sådanne udbudsforhold ser ud til samlet at kunne forklare op til 20 pct. af variationen i brug af henvisninger.

En højere speciallægetæthed ser ud til at kunne give højere henvisningsrater til speciallæge og samtidig relativt færre henvisninger til ambulat behandling på sygehus. Det indikerer, at man i det danske sundhedsvæsen muligvis ser en substituerings effekt mellem antal henvisninger til speciallæger og til ambulat behandling på sygehus. Henvisningen til speciallæger kan dog senere føre til en henvisning til sygehus. Henvisninger fra speciallæger til sygehus indgår ikke i denne undersøgelse.

Lægerne egne vurderinger af henvisningsmuligheder, vejledning mv.

Mere end to tredjedele af lægerne mente, at mulighed for at kunne henvise direkte til CT- og MR-skanning samt ekkokardiografi ville kunne hjælpe dem til selv at løse flere problemer i praksis.

Adspurgt om initiativer, der hjælper eller ville hjælpe i henvisningsprocessen, svarer lægerne oftest, at vejledninger har været en hjælp. Det kan således ikke udelukkes, at en mere fokuseret tilgang med hensyn til vejledninger og aktiv implementering i praksis vil kunne være en støtte til almen praksis i henvisningsarbejdet. Ca. 40 pct. af lægerne svarer, at praksiskonsulentordningen på sygehusområdet har været til meget eller en del hjælp i arbejdet med henvisninger

1.3. Diskussion: Effektivitet og kvalitet i henvisningsprocessen

Analysen har vist, at hvad angår niveauet (omfanget) af antal henvisninger og andel henviste fra alment praktiserende læger, er der umiddelbart forskel i henvisningsfrekvenserne for praksis på tværs af landet og inden for den enkelte kommune og regioner – dvs. mellem de praksis hvorfra der henvises flest og de praksis, hvorfra der henvises færrest. Analysen viser imidlertid også, at hovedparten af de alment praktiserende læger ligger omkring en gennemsnitlig henvisningsgrad på 10 pct. af kontakterne. Det svarer nogenlunde til niveauet fra udenlandske studier af henvisningsmønstre i almen praksis. De fleste praksis ligger ligeledes omkring gennemsnittet på ca. 40 pct. af de tilmeldte borgere, som henvises i løbet af et år

På den baggrund kan der være basis for på visse områder at kvalificere henvisningsprocessen. I forhold til de relativt få praksis, der afviger betydeligt fra gennemsnittet, vil en målrettet indsats over for disse praksis sandsynligvis kunne afklare, om der er grundlag for at forbedre kvalitet og effektivitet i henvisningsprocessen i overensstemmelse med princippet om, at behandling skal foretages på laveste effektive omkostningsniveau (LEON - princippet).

En mere ensartet henvisningsstruktur vil dog ikke i sig selv indebære en større kvantitativ effekt på den samlede mængde af henvisninger i Danmark, da det er forholdsvis få praksis, der henviser hhv. meget og lidt. Skal der ske mærkbare

ændringer i henvisningsomfanget fra almen praksis, kræver det således en justering af henvisningsomfanget inden for hele sektoren.

Den variation, der er i henvisningsmønsteret, har vist sig kun i mindre grad at kunne henføres til objektive lægekaraktistika så som alder og køn eller til praksisform eller brugen af klinikpersonale. Der er således fundet en ganske beskedent sammenhæng mellem, i hvor høj grad der henvises og lægens alder og køn, hvorvidt praksis er organiseret som solo- eller kompagniskabspraksis, eller hvorvidt praksis har ansat klinikpersonale.

Det fremgår endvidere, at praksisstørrelse (målt som antal tilmeldte) ikke har betydning for henvisningsmønsteret til hverken speciallæger eller sygehuse. Det er således ikke påvist, at eksempelvis praksis med mange tilmeldte henviser signifikant flere videre til det øvrige sundhedsvæsen end praksis med få tilmeldte.

Analysens resultater, herunder resultater vedrørende henvisning af kronikere og lægernes egne vurderinger af vejledninger, medvirkende faktorer i henvisningsprocessen mv. indikerer, at der kan være mulighed for eller behov for at understøtte alment praktiserende læger i henvisningsprocessen mhp. at sikre kvaliteten og effektiviteten af henvisningen.

Håndtering af kronikere

Det fremgår af analysen, at gennemsnitlig 1 pct. af de tilmeldte borgere henvises for kroniske forhold (ACSC)² i løbet af et år (forekomsten er højere hos ældre patienter og hos mænd). Analysens resultater indikerer dermed, at der på visse områder kan være potentiale for en bedre håndtering af kronikere, således at de i højere grad behandles i almen praksis og ikke henvises til det øvrige sundhedsvæsen. Ligeledes indikerer resultaterne, at samarbejdet om kronikere mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen har betydning for, hvor mange kronikere der henvises, og at dette samarbejde kan forbedres f.eks. gennem vejledning, beslutningsstøtte og faglig rådgivning af almen praksis, eksempelvis fra sygehuslæger eller praksiskonsulentordninger. Sundhedsaftalerne kan også medvirke til at skabe retningslinjer for behandling af kronikere i samarbejde mellem almen praksis, kommuner og regioner.

Kvaliteten og effektiviteten af henvisningen

Det fremgår af analysen, at lægerne i forbindelse med ca. halvdelen af henvisningerne vurderer, at der er andre faktorer end sygdomsrelaterede, der har været medvirkende til, at henvisningen er foretaget. I ca. 30 pct. af disse tilfælde (dvs. ca. 15 pct. af henvisningerne) har patientens ønske været en medvirkende faktor til henvisningen, mens det, at lægen er ”kørt fast i problemet”, var en medvirkende faktor i ca. 10 pct. af tilfældene (dvs. ca. 5 pct. af henvisningerne).

Spørgeskemaanalysen viser endvidere, at omkring 7 pct. af alle henvisningerne foretages, fordi lægen ønsker en second opinion dvs. en vurdering af patienten fra en anden. Det er sandsynligt, at visse af disse situationer kunne klares på anden vis end med en henvisning, eksempelvis med en telefonisk kontakt mellem den alment praktiserende læge og lægen på det sygehus, det overvejes at henvise til, så den alment

² ACSC: ambulatory care sensitive conditions som er en række kroniske tilstande, der ifølge den internationale litteratur bedst kan håndteres i almen praksis (frem for det mere specialiserede sundhedsvæsen).

praktiserende læge kan få støtte til at udrede patienten og afgøre, om en henvisning er den bedste løsning.

Endelig viser analysen, at ved 4 pct. af henvisningerne vurderer lægen selv, at henvisningen sker med tvivlsom faglig begrundelse (tvivlsom indikation.). Udenlandske analyser antyder, at procentdelen kunne have været endnu højere, hvis vurderingen var foretaget af en speciallæge. Undersøgelser fra udlandet viser således, at mellem 10 og 16 pct. af henvisninger til det øvrige sundhedsvæsen var med tvivlsom faglig begrundelse, når dette blev bedømt af speciallæger pba. vejledninger. I hvor høj grad disse henvisninger kan undgås er uvist, da der altid vil være tilfælde, hvor der henvises med tvivlsom indikation.

Det er sandsynligt, at lægens muligheder for professionel og faglig sparring og støtte blandt andre praktiserende læger eller i det specialiserede sundhedsvæsen kan være med til at understøtte lægens beslutning/vurdering og dermed i et omfang kvaliteten og effektiviteten af henvisningsprocessen.

Resultaterne indikerer således, at der kunne være et potentiale for at forbedre kvaliteten og effektiviteten af henvisningsprocessen. På den baggrund kan det således overvejes, om lægen kan styrkes i den faglige vurdering af, om en henvisning er nødvendig eller ej. Dette kunne f.eks. gøres gennem klinisk vejledning, herunder vejledning om rette indikation for henvisninger for specifikke sygdomme, specialvejledning/faglig vejledning via sygehusene. Muligheden for faglig sparring kan formentlig også forbedres i større praksisfællesskaber. Endelig kan en vurdering af den faglige begrundelse som tvivlsom også indikere, at der mangler henvisningstilbud til visse typer af patienter og patientforløb. Dette svarer til resultaterne af gennemgangen af den danske og udenlandske litteratur som viser, at en fokuseret og aktiv implementering af vejledninger og beslutningsstøtte har en effekt på kvaliteten af henvisningerne.

Telefonhenvisninger

Knap hver femte henvisning sker ifølge analysen i forlængelse af en telefonkonsultation (en såkaldt indirekte henvisning). Dette kan i mange tilfælde være en effektiv strategi, idet der ofte forud for en telefonkonsultation vil have været en konsultation, hvor der er lavet en undersøgelse og måske taget nogle prøver. Telefonkonsultationens funktion vil derefter være at informere patienten om resultaterne og henvise om nødvendigt. I andre tilfælde er lægens kendskab til patienten så godt, at læger på baggrund af en telefonsamtale umiddelbart kan fastslå, at patienten skal henvises.

Det kan dog ikke udelukkes, at der kan være tilfælde, hvor en indirekte henvisning derimod ikke er den mest effektive strategi, da lægen ikke har mulighed for at undersøge patienten i umiddelbar sammenhæng med, at henvisningen foretages. Behovet for at se nærmere på effektiviteten af de indirekte henvisninger underbygges af resultater fra spørgeskemaanalysen. Den viser, at en større andel af henvisningerne, som er foretaget på baggrund af telefonkonsultationer, har tvivlsom faglig begrundelse (indikation) end tilfældet er ved henvisninger på baggrund af almindelige konsultationer og besøg. Ligeledes er antallet af henvisninger med absolut indikation højere ved almindelige konsultationer og besøg end ved telefonkonsultationer. Analysen viser endvidere, at patientens ønske i højere grad er en medvirkende faktor til henvisninger, som sker i forlængelse af telefonkonsultationer. Således vurderer lægen, at patientønske har været medvirkende faktor ved næsten halvdelen af de henvisninger, der sker i forlængelse af telefonkonsultationer men ca. 30 pct. i forlængelse af almindelige konsultationer og knap 20 pct. ved besøg.

Udredning af patienter i almen praksis

Analysen viser, at en relativ høj andel af henvisningerne foretages i forbindelse med udredning af patienten i almen praksis. Således foretages godt halvdelen af henvisningerne ifølge spørgeskemaanalysen med henblik på udredning i forbindelse med mistanke om sygdom. Dette er umiddelbart en del højere end i udlandet. Et studie fra England viser således, at omkring 30 pct. af alle henvisninger blev foretaget på baggrund af et ønske om at udrede patienten yderligere.

Disse henvisninger må i vid udstrækning antages at være nødvendige, idet en del udredning for sygdom kræver en specialiseret indsats. Dette gælder særligt udredning i tilfælde af mistanke om kræft samt for hjertekarsygdomme og lungesygdomme, hvor andelen af patienter, som henvises til udredning, er relativt høj. Der kan dog være nogle henvisninger, der foretages, fordi lægen i praksis ikke har mulighed for at gennemføre den nødvendige og relevante udredning. Det er således sandsynligt, at effektiviteten af brugen af henvisninger vil kunne ændres ved at se nærmere på den service, almen praksis modtager i forhold til at udrede patienterne, mens egen læge er tovholder. Det kan imidlertid ikke udelukkes, at forskellen mellem Danmark og udlandet på dette område er historisk/kulturelt betinget.

1.4. Datagrundlaget

Arbejdet med at beskrive og analysere henvisningsmønstret i almen praksis i Danmark har bekræftet, at der hidtil har eksisteret en begrænset viden på dette område, og at data er vanskelig at fremskaffe, af svingende kvalitet og ikke kan opgøres på lægeniveau.

Henvisninger registreres således ikke systematisk i hverken Sygesikringsregisteret, Landspatientregisteret eller andre registre. For at kunne foretage den herværende analyse har en sammenkørsel af forskellige registre været nødvendig. I dag registreres henvisninger fra almen praksis til speciallæger og andre ydere under Sygesikringen f.eks. fysioterapeuter således i Sygesikringsregisteret, mens henvisninger til sygehusene registreres i Landspatientregisteret. Der findes ikke i dag nogen registrering af henvisninger til kommunale tilbud herunder henvisninger til hjemmesygeplejen.

Arbejdet med analysen har vist, at der er problemer med kvaliteten af data for henvisninger i både Sygesikringsregisteret og Landspatientregisteret. I forhold til Landspatientregisteret har arbejdet vist, at registreringen af henvisninger er mangelfuld, og at registreringspraksis varierer fra amt til amt (region) og også varierer mellem sygehusene i samme region.

En yderligere begrænsning i registrene er, at data vedrørende henvisninger ikke er registreret på lægeniveau, men kun på ydernummeret. Da flere læger kan være fælles om et ydernummer, betyder det, at det ikke i dag er muligt at kortlægge henvisningsmønstret for den enkelte alment praktiserende læge og eventuelle forskelle mellem de enkelte læger. I tilfælde, hvor to eller flere læger deler et ydernummer, vil eventuelle forskelle i henvisningsmønstret mellem de enkelte læger udlignes i opgørelse i antallet af henvisninger, fordi disse kun kan opgøres samlet og som et gennemsnit pr. læge tilknyttet ydernummeret.

2. Henvisningsmønstret i almen praksis

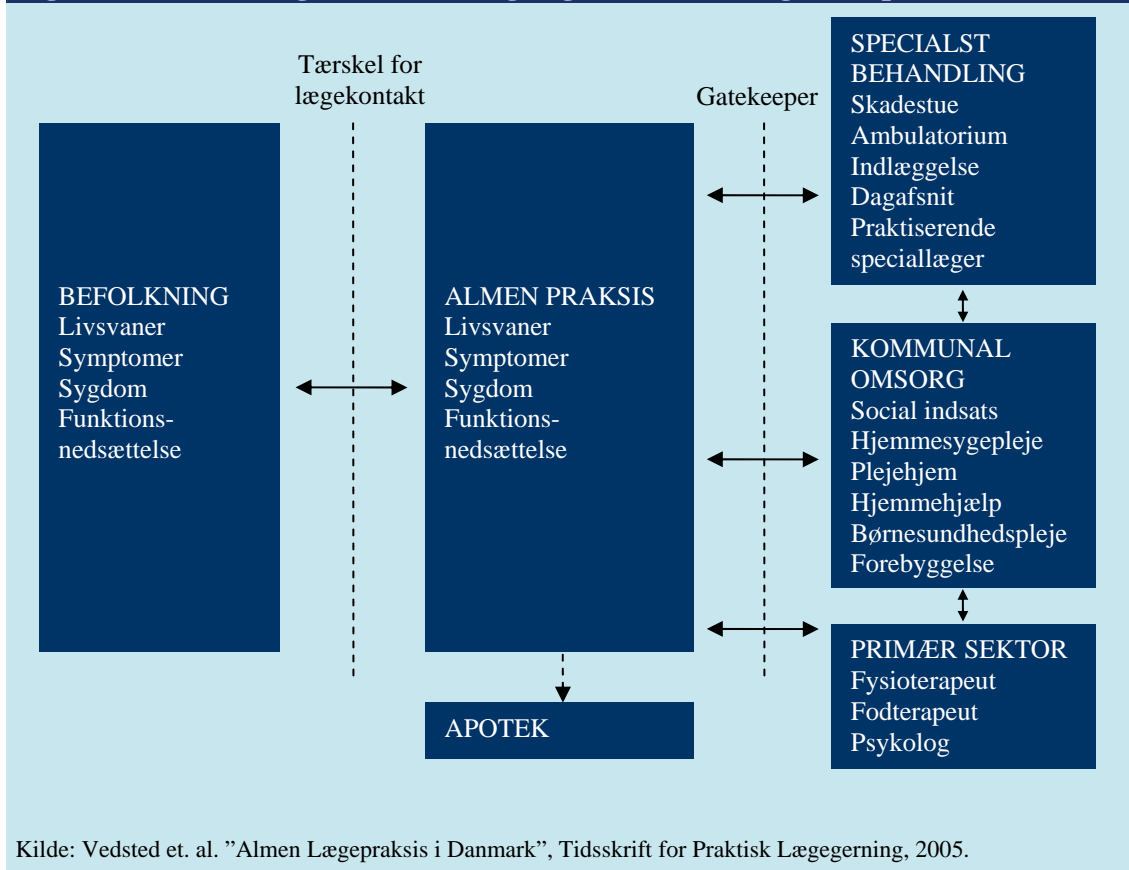
I dette kapitel beskrives, hvordan henvisningsmønstret ser ud i almen praksis i Danmark, dvs. hvor meget og hvor mange af deres patienter de alment praktiserende læger henviser, hvem de henviser til og for hvilke sygdomme. Først beskrives kort almen praksis rollen som "gatekeeper" i forhold til det øvrige sundhedsvæsen. Der gives også en kort definition af, hvad der forstås ved henvisningen, henvisningsmønstret og henvisningsprocessen.

2.1. Almen praksis som "gatekeeper" i sundhedsvæsenet

Danmarks ca. 3.650 alment praktiserende læger er hvert år i kontakt med patienter mere end 38 millioner gange. Dette svarer til, at hver dansker i gennemsnit er i kontakt med en alment praktiserende læge syv gange om året. Størstedelen af de patienter, som er i kontakt med almen praksis, behandles i almen praksis, men ca. 10 pct. af kontakterne sendes videre til det øvrige sundhedsvæsen.

Den alment praktiserende læge er således borgerens indgang til sundhedsvæsenet. Det er den alment praktiserende læge, som er "gatekeeper" og via henvisningen kan sende borgerne videre til speciallæger, sygehusene eller kommunale sundhedstilbud eller vælge at fortsætte behandlingen i almen praksis, jf. figur 2.1.

En beskrivelse og analyse af henvisningsmønstret er central mhp. at belyse, hvordan den alment praktiserende læges rolle som både "gatekeeper" og "tovholder" for borgerne i forhold til det specialiserede sundhedsvæsen fungerer. Henvisningen er central i samspillet mellem almen praksis og de øvrige aktører i sundhedssektoren. En beskrivelse og analyse af henvisningsmønstret fortæller både noget om kvaliteten og effektiviteten af det danske sundhedsvæsen.

Figur 2.1. Henvisningens funktion og lægens rolle som "gatekeeper"

2.2. Henvisning og henvisningsmønsteret

I denne analyse defineres henvisninger i almen praksis som: "når den alment praktiserende læge anmoder en specialist eller anden sundhedsperson om at modtage patienten og levere en særlig specialiseret indsats i forbindelse med udredning, behandling, kontrol eller pleje, for hvilket denne er direkte ansvarlig over for patienten".

Boks 2.1. Definition af henvisning fra almen praksis - afklaring af gråzoner

I en lang række tilfælde er der ikke tvivl om, at der er tale om henvisninger, f.eks. en henvisning til sygehusindlæggelse, men der eksisterer gråzoner. Et eksempel er laboratorieundersøgelser. Her er der typisk tale om blodprøve med analyse eller dyrkning, hvor sundhedspersonen ikke er direkte ansvarlig for patientens forløb. Der er således ikke tale om en henvisning. Omvendt forholder det sig, når en alment praktiserende læge anmoder om at få taget et røntgenbillede. Her skal en sundhedsperson (radiolog) vurdere røntgenbilledet og dermed har denne et direkte ansvar for denne specifikke del af patientforløbet og den faglige indsats. Et andet eksempel er, når en alment praktiserende læge anmoder hjemmesygeplejen om at tilse en patient, der har behov for sårskifte i en periode. Her er der tale om en henvisning. En recept til apoteket er ikke en henvisning, men en rekvisition på patientens vegne.

Med henvisningsmønster forstås, hvor mange og hvor meget der henvises, og til hvem der henvises. Analysen omfatter henvisninger til speciallæger, sygehuse (ambulant og indlæggelse), røntgen samt kommunale tilbud og andre sundhedspersoner (psykologer, fysioterapeuter og fodterapeuter).

I denne rapport beskrives henvisningsmønsteret på to måder. For det første som henvisninger pr. kontakt (telefonkonsultation, konsultation eller besøg) eller konfrontationskontakt (konsultation eller besøg) frem for henvisninger pr. tilmeldt antal patienter pr. praksis³. Denne opgørelse af henvisningsmønsteret er interessant, fordi den fortæller, hvor ofte der henvises til det øvrige sundhedsvæsen i forhold til, hvor ofte den alment praktiserende læge er i kontakt med patienten.

For det andet beskrives henvisningsmønsteret som hvor stor en andel, der henvises på et år set i forhold til antallet af borgere, der er tilmeldt Sygesikringens gruppe 1 pr. praksis. Denne opgørelse er interessant, fordi den giver et indtryk af, hvor stor en del af patienterne den alment praktiserende læge selv kan færdigbehandle i almen praksis, og hvor stor en andel der henvises videre til det øvrige sundhedsvæsen

Boks 2.2. Kvalitet og effektivitet i henvisningsprocessen

Henvisningsprocessen omfatter hele processen, fra lægen vælger at henvise, til der er taget aktion på resultatet af henvisningen. Med henblik på at belyse kvaliteten og effektiviteten af henvisningsprocessen undersøges med denne analyse, hvordan henvisningsmønsteret ser ud: hvor meget henvises, til hvem og med hvilke begrundelser samt identificere faktorer af betydning for henvisningsmønsteret.

Kvaliteten og effektiviteten i henvisningsprocessen er ifølge litteraturen på området afhængig af, at følgende tre principper er opfyldte:

- Fra praksis på rette indikation og tidspunkt til rette kompetence
- Modtagers hurtige aktion (indkaldelse, udførelse og svar)
- Optimeret plan for intervention (råd og konklusion)

På rette indikation og tidspunkt til rette kompetence: Dette element skal sikre, at en patient henvises fra almen praksis, når der er indikation for det og samtidig henvises til rette instans således, at henvisningen sker uden unødige omkostninger og forsinkelser.

Modtagers hurtige aktion: En henvisning kan være nok så velvalgt, men hvis ikke den effektueres relativt hurtigt, taber den måske sin relevans og værdi. Derfor er udførelsen af indkaldelse, undersøgelse/behandling og svarafgivelse et vigtigt punkt i henvisningsprocessen. Det kan endvidere være med til at sikre en effektiv anvendelse af ressourcerne samt et sammenhængende forløb for patienten.

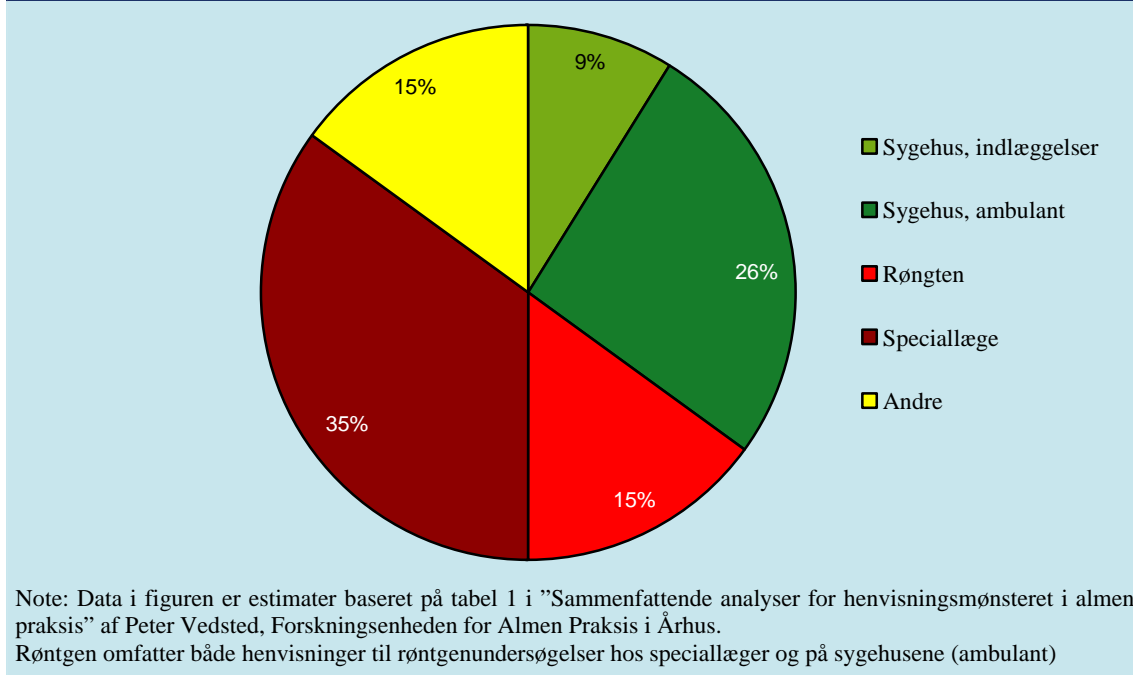
Optimeret plan for intervention: Det tredje element i henvisningsprocessen er en plan for fremtidig indsats, dels skal der være en plan for den faglige indsats, dels patientens forløb.

2.3. Henvisningsmønsteret: Andelen af kontakter som fører til henvisning

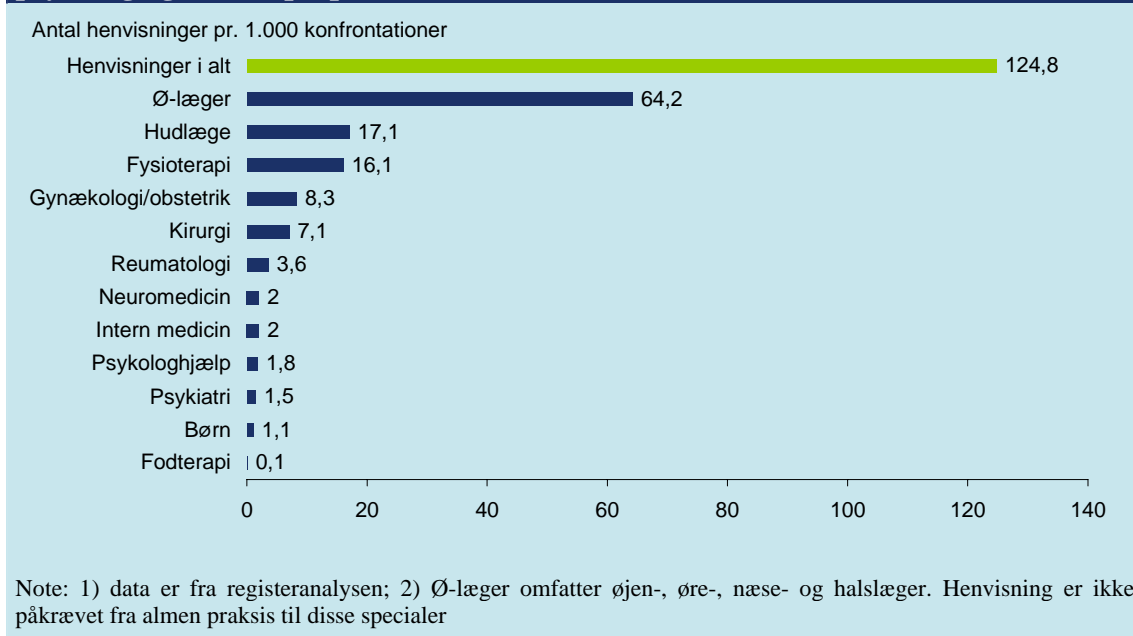
Analysen viser, at ca. 10 pct. af alle kontakter (konsultationer, besøg og telefonkonsultationer) fører til en henvisning.

Ca. 35 pct. af henvisningerne går til sygehuse. Af disse er ca. tre fjerdedele til ambulant behandling og en fjerdedel til indlæggelse. Det er også ca. 35 procent af henvisningerne, der går til speciallæger. Ca. 15 af kontakterne fører til henvisning til røntgen, som foretages enten på et sygehus eller hos en speciallæge. Ca. 15 pct. af henvisningerne er til fysioterapeut, fodterapeut, psykolog eller et kommunalt tilbud, jf. figur 2.2.

³ Det skal bemærkes, at i registeranalysen er telefonkonsultationer og kontakter inden for vagttiden ikke medregnet i konfrontationskontakter. Dog er alle henvisninger - også de der er foretaget pba. af en telefonkonsultation og i vagttiden - regnet med i opgørelsen af henvisninger til sygehusene. Dette betyder, at niveauet for henvisningerne overestimeres i registeranalysen..

Figur 2.2. Fordeling af henvisninger til forskellige instanser

Ifølge registeranalysen fordeler henvisningerne til speciallæger sig, så der er flest henvisninger pr. konfrontationskontakter til hudlæger, fysioterapeuter, gynækologer, kirurger og reumatologer, jf. figur 2.3.

Figur 2.3. Gennemsnitlige antal henvisninger til speciallæger (inkl. fysioterapi, psykolog og fodterapi) pr. 1.000 konfrontationskontakter.

2.4. Henvisningsmønstret: Andelen af tilmeldte borgere som henvises

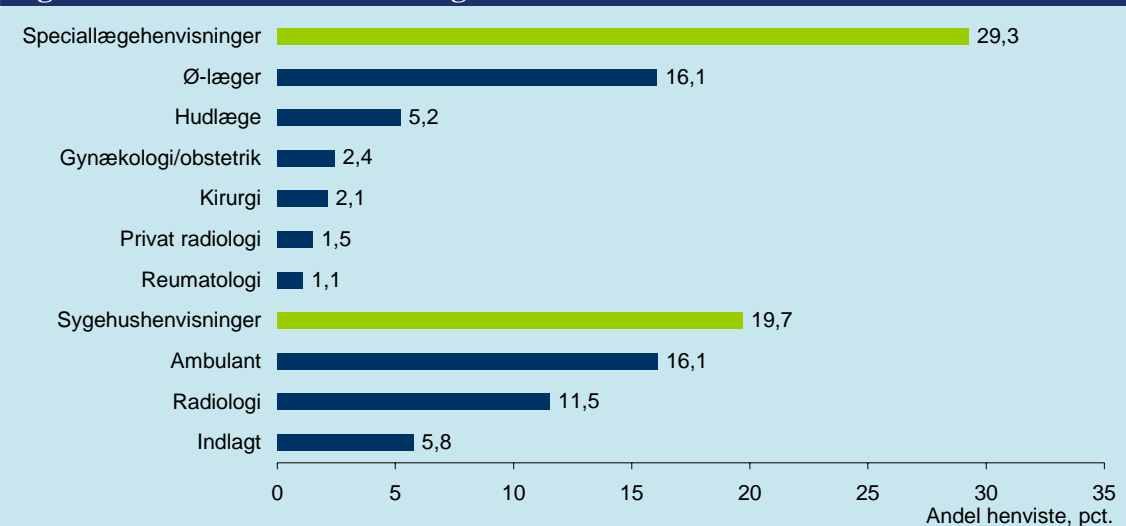
Samlet set henvises ifølge registeranalysen ca. 40 pct. af de borgere, der er tilmeldt Sygesikringens gruppe 1, i løbet af et år til enten speciallæger (inkl. fysioterapeut, psykolog, fodterapeut og radiologi på private klinikker) og/eller til sygehus (ambulant

og indlæggelse). Derudover henvises en mindre andel af de tilmeldte borgere til kommunale sundhedstilbud. Det betyder, at eftersom ca. 85 pct. af alle borgere sikret i Sygesikringen gruppe 1 kontakter deres alment praktiserende læge i løbet af et år, er det op mod halvdelen (47 pct.) af de patienter lægen er i kontakt med, som henvises i løbet af et år. Disse tal er i overensstemmelse med analyse af befolkningens forbrug af sundhedsydelse, der viser at lige under 46 procent af befolkningen hvert år bruger ydelse i sygehusvæsenet og eller hos speciallæge (Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2007:18).

Ca. 30 pct. af en praksispopulation henvises til speciallæge i løbet af et år, jf. figur 2.4. For de specialer, som kræver en henvisning, henvises de største andele af tilmeldte borgere til specialerne hudlæge, gynækologi/obstetrik, kirurgi, radiologi (hos privat praktiserende speciallæger) og reumatologi. For de øvrige specialer henvises mindre end 1 pct. af de tilmeldte borgere i løbet af et år. Ca. 16 pct. af de tilmeldte borgere påbegynder en behandling hos en øjen-, øre-, næse-, halslæge (Ø-læger) i løbet af et år. Det skal bemærkes, at der ikke kræves henvisning til disse specialer.

Ca. 20 pct. af en praksispopulation henvises til sygehus. Ca. 16 pct. af de tilmeldte borgere henvises til ambulans behandling på et sygehus, mens knap 6 pct. af borgerne henvises til indlæggelse på sygehus.

Figur 2.4. Andel af tilmeldte borgere som er henvist



Note: 1) Data er fra registeranalysen; 2 Ø-læger omfatter øjen-, øre-, næse- og halslæger. Henvisning er ikke påkrævet fra almen praksis til disse specialer

2.5. Hyppigst henviste

Af registerstudiet fremgår det, at der er en mindre gruppe, som henvises relativt meget. De 10 pct. hyppigst henviste står således for 25 pct. og 23 pct. af henvisningerne til hhv. speciallæger og sygehus, jf. tabel 2.1. Disse hyppigst henviste til speciallæger får i gennemsnit knap 4 henvisninger på et år. Mens de, der henvises hyppigt til sygehuse, får i gennemsnit 3,3 henvisninger pr. år. Hyppigt henviste kan både være henvist flere gange i forbindelse med udredning og behandling for én sygdom, men kan også være henvist flere gange af helt forskellige og uafhængige årsager.

Tabel 2.1. De 10 pct. hyppigst henviste

Henvisningstype	Antal henvisninger	Andel af henvisninger, pct.	Gns. Antal henvisninger
Speciallæge-henvisninger	529.711	25	3,9
Kirurgi	17.028	16	1,7
Hudlæge	43.034	16	1,8
Gynækologi og obstetrik	20.650	17	1,8
Sygehushenvisninger	305.255	23	3,3
Ambulant	186.696	20	2,5
Indlæggelse	82.661	23	3,1

Note: Data er fra registeranalysen (særkørsel)

Tendensen til, at en mindre gruppe hyppigt henviste står for en større andel af henvisninger, ses også, når analysen gennemføres for udvalgte specialer. Tendensen er dog mindre udtalt. Ovenfor er vist beregninger for de specialer, hvortil der henvises flest patienter, dvs. kirurgi, hudlæge og gynækologi/obstetrik. De 10 pct., der henvises hyppigt til kirurgi og hudlæger, står således for 16 pct. af det samlede antal henvisninger til kirurgi. De 10 pct., der henvises hyppigt til gynækologi, står for 17 pct. af samtlige henvisninger til dette speciale.

2.6. Udviklingen i henvisningsmønsteret over tid

Registerstudiet omfatter en analyse af udvikling over tid i henvisningsmønsteret for perioden 2002 til 2006. Analysen viser, at der er sket et mindre fald på 2 pct. i det samlede antal henvisninger til speciallæger og sygehuse fra almen praksis. Der er samtidig sket en mindre forskydning i henvisningsmønsteret således, at en relativ nedgang i henvisninger til sygehus til dels opvejes af en stigning i henvisninger til speciallæge. Det vides dog ikke, hvorvidt der viderehenvises fra speciallæge til sygehus.

Fra 2002-2006 er det totale antal af henvisninger pr. 1.000 personer i praksispopulation til praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, fodterapeuter og psykologer steget 5 pct. Der ses særligt stigninger inden for specialerne kirurgi med en stigning på 32 pct., psykiatri og intern medicin med hver 15 pct. samt fysioterapi med en stigning på godt 10 pct.

Fra 2002-2006 har der været et fald på 5,8 pct. i henvisninger pr. 1.000 tilmeldte til ambulante sygehuskontakter og et fald på 11,1 pct. i henvisninger til sygehusindlæggelser fra den alment praktiserende læge.

2.7. Variation i henvisningsmønsteret

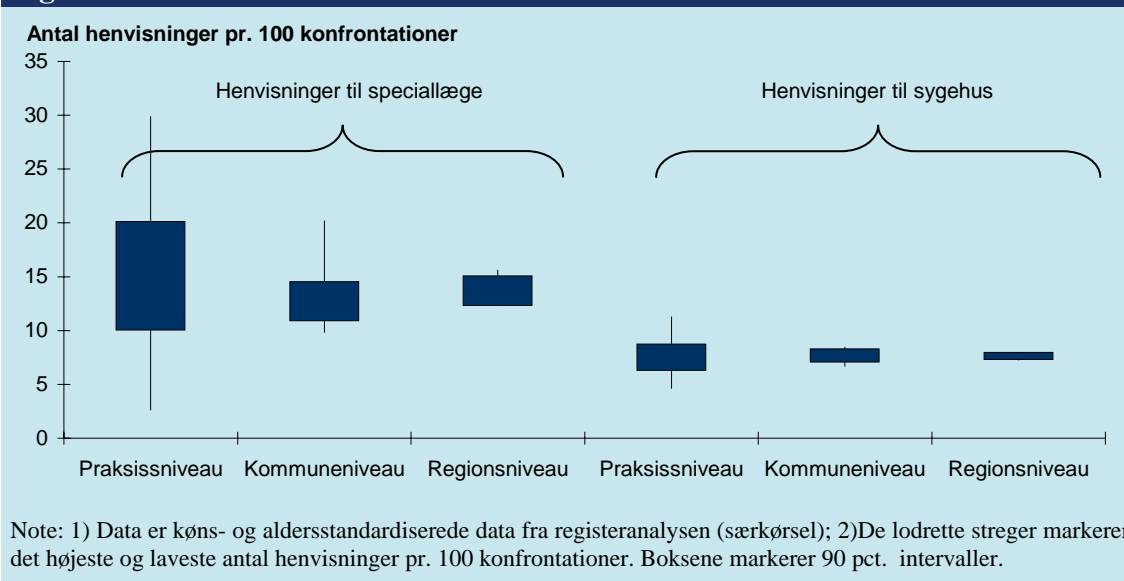
I dette afsnit er henvisningerne opgjort pr. 100 konfrontationskontakter, og data er standardiseret, så der er taget højde for forskelle i patienternes køns- og alderssammensætning.

Analysen viser, at der er variation i henvisningsmønsteret fra almen praksis i Danmark til sygehuse og speciallæger (inkl. fysioterapeut, psykolog, fodterapeut og radiologi på private klinikker), jf. figur 2.5. I figuren vises variationen i henvisningspraksis på praksis-, kommune- og regionsniveau. De lodrette streger markerer det højeste og laveste antal henvisninger pr. 100 konfrontationer, mens boksene markerer det højeste

og laveste antal henvisninger inden for 90 pct. intervallet. Der er således forskel på, hvor meget og til hvem de enkelte praksis henviser. Både når man sammenligner alle praksis på tværs af landet (praksisniveau), og når kommunale og regionale gennemsnit sammenlignes på tværs af landet. Dette gælder også, når der tages højde for forskelle i patientsammensætningen. I beregningen og fremstillingen af variationen er data således køns- og aldersstandardiseret. Se i øvrigt appendix 1 for oversigt over variation i antal henvisninger.

Variationen i henvisningsmønsteret viser, at der på visse områder kan være basis for at arbejde med kvaliteten og effektiviteten af henvisningerne fra almen praksis til det øvrige sundhedsvæsen.

Figur 2.5. Variationen i antal henvisninger på praksis-, kommune- og regionsniveau

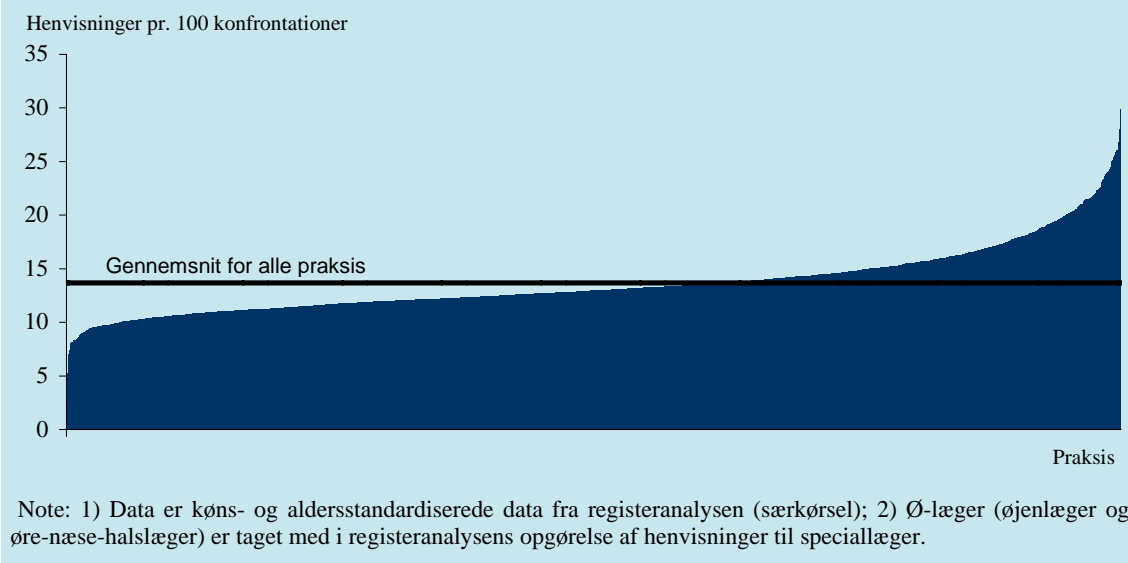


2.7.1. Variation mellem praksis

Registerstudiet viser, at nogle praksis henviser 11 gange oftere end andre praksis til speciallæge. Således foretog nogle praksis omkring 3 henvisninger pr. 100 konfrontationer til speciallæge, mens andre foretog knapt 30 henvisninger jf. figur 2.6 og 2.7. Det er ganske få praksis, der henviser hhv. relativt mange og få patienter. Beregnes variationen inden for 90 pct. intervallet, dvs. de 5 pct. af praksis der henviser færrest, og de 5 pct. der henviser flest, udelades, reduceres variationsfaktoren til 2. Det vil sige, at de praksis, som henviser flest, henviser dobbelt så mange som de der henviser færrest. De fleste praksis henviser til speciallæger i nogenlunde samme omfang som gennemsnittet på 14 henvisninger pr. 100 konfrontationskontakter. Dette ses ved, at standardafvigelsen er 3 henvisninger pr. 100 konfrontationer.

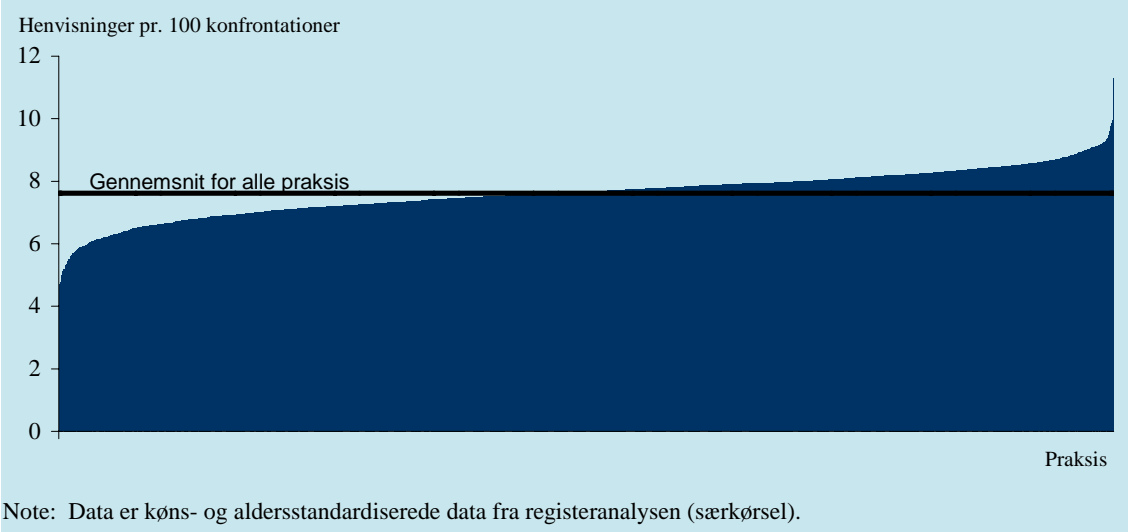
En del af denne variation kan umiddelbart forklares ved, at radiologiske undersøgelser foretages af hhv. speciallæger og på sygehusambulatorium i forskellige dele af landet. Således foretages radiologiske undersøgelser i det tidligere H:S og Københavns samt Århus Amter delvist hos privatpraktiserende radiologer (og tæller derfor med som henvisninger til speciallæger), mens de i resten af landet foretages på sygehusambulatorier. Hvis henvisninger til radiologi ikke medregnes, er variationsfaktoren for henvisninger til speciallæge således reduceret fra 11 til 4. Beregnes variationen for 90 pct. intervallet er variationen mellem praksis faktor 1,5, når henvisninger til radiologi udelades.

Figur 2.6. Variation i henvisninger til speciallæger inkl. privat radiologi pr. 100 konfrontationskontakter på praksisniveau.



Ses på henvisninger til sygehusene, henviser nogle praksis 2,5 gange oftere end de praksis, der henviser færrest, jf. figur 2.5 og 2.7. De mindst henvisende praksis foretog således mindre end 5 henvisninger pr. 100 konfrontationer til sygehus, mens de mest henvisende praksis foretog omkring 11 henvisninger. Det er igen få praksis, der foretager hhv. relativt mange og få henvisninger. Beregnes variationen inden for 90 pct. intervallet, reduceres variation til faktor 1,5. Inden for dette interval henviser de praksis, som henviser flest, således knapt 9 gange, mens de, der foretager færrest henvisninger, henviser omkring 6 gange pr. 100 konfrontationskontakter. De fleste praksis ligger meget tæt på gennemsnittet på knap 8 henvisninger pr. 100 konfrontationer. Dette ses ved, at standardafvigelsen er 0,8 henvisninger pr. 100 konfrontationer.

Figur 2.7. Variation i henvisninger til sygehuse pr. 100 konfrontationskontakter på praksisniveau.



Når der ses på udvalgte kroniske diagnoser herunder diabetes, KOL, astma, kronisk hjertesvigt og jernmangel (se evt. boks 3.1. i afsnit 3.3.1), viser analysen, at nogle praksis henviser 5 gange så meget som andre praksis. Denne forskel kan til en vis grad skyldes forskelle i praksispopulationens køns- og alderssammensætning og dermed

morbiditet, da det ikke har været muligt at køns- og aldersstandardisere data for henvisning af kronikere.

I Boks 2.3 illustreres vha. en simpel konsekvensberegning, hvorledes selv små ændringer i henvisningsmønstret kan påvirke sygehusudgifterne markant.

Boks 2.3: Økonomisk konsekvens af variation i henvisninger til sygehus.

I nedenstående er beregnet et skøn for de gennemsnitlige udgifter til sygehusbehandling (ambulant og indlæggelse) af patienterne hos en alment praktiserende læge med hhv. et lavt, et gennemsnitligt og et højt henvisningsniveau. Der er ikke foretaget tilsvarende beregninger for udgifter som følge af henvisninger til speciallæge.

En gennemsnitlig praksis defineres ved at have 2.593 patienter, som hver har gennemsnitlig 3,6 konfrontationskontakter (besøg og konsultationer) om året. For at illustrere betydningen af variationen i henvisninger ses på tre henvisningsniveauer: 5%-fraktilen, gennemsnittet samt 95%-fraktilen i fordelingen af henvisninger til sygehuse pr. 100 konfrontationskontakter. For at udelukke demografiske faktorer benyttes de standardiserede data. Det antages endvidere, at 71 pct. henvises til ambulatorium, mens 29 pct. henvises til indlæggelse svarende til den gennemsnitlige fordeling af sygehushenvisningerne. Endelig antages det, at et gennemsnitligt ambulant besøg koster 1.832 kr. (DAGS-værdien), mens en gennemsnitlig indlæggelse koster 27.116 kr. (DRG-værdien) (baseret på opgørelser fra 2007, hvorfor der er tale om 2007-pl).

På baggrund af ovenstående forudsætninger skønnes det gennemsnitlige henvisningsmønster for en læge med en høj henvisningsrate at indebære sygehusudgifter (afledt af henvisninger til hhv. ambulante eller indlæggelsesforløb) på ca. 7,5 mio. kr. årligt, mens en læge med en lav henvisningsrate indebærer sygehusudgifter på ca. 5,4 mio. kr. årligt, dvs. en forskel på ca. 2 mio. kr. pr. år, jf. nedenstående tabel.

Tabel. Økonomisk konsekvensberegning af variation i sygehushenvisninger.

Henvisningsniveau	Antal sygehushenvisninger pr. 100 konfrontationskontakter	Antal sygehushenvisninger pr. år	Sygehusudgifter som følge af henvisninger pr. praksis pr. år, kr.
Lavt (5 pct. fraktil)	6,28	585,9	5.387.574
Højt (95 pct. fraktil)	8,73	815,3	7.495.932
Gennemsnitligt	7,61	711,0	6.537.287

Kilde: Delanalyse 2, DRG-systemet samt egne beregninger.

Hvis de praksis, der ifølge analysen henviser mere end landsgennemsnittet, alene henviste med samme frekvens som den gennemsnitlige praksis, ville der med ovenstående forudsætninger være mindredgifter i de afledte sygehusudgifter på ca. 600 mio. kr. årligt, jf. nedenstående tabel. Hvis alle praksis i stedet alene henviste med samme frekvens som en praksis svarende til 5 pct. fraktilen, ville det medføre mindredgifter i afledte sygehusudgifter på ca. 2,5 mia. kr. årligt.

Tabel. Forskel i afledte sundhedsudgifter

Under forudsætning af...	Mia. kr. pr. år
... at alle læger over gennemsnittet henviser som gennemsnittet	0,6
... at alle læger over 5 pct. fraktilen henviser som 5 pct. fraktilen	2,5

Kilde: Delanalyse 2, DRG-systemet samt egne beregninger.

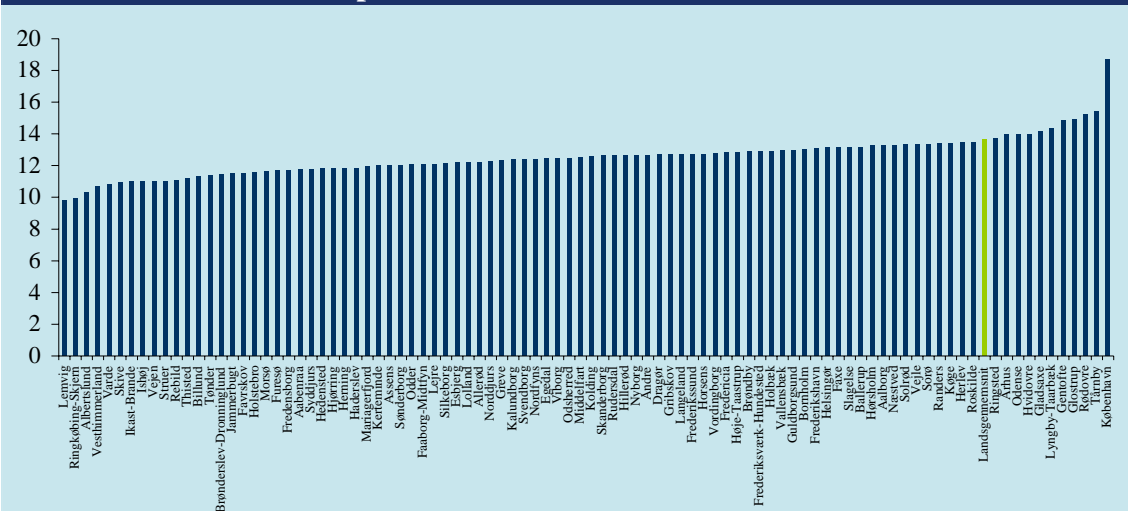
Det bemærkes, at ovenstående beregninger er behæftet med betydelig usikkerhed, idet der er foretaget flere stiliserede antagelser. Det antages bl.a., at de gennemsnitlige udgifter til ambulante og indlæggelsesforløb er ens, uagtet om lægen henviser meget eller lidt. Det kan imidlertid ikke udelukkes, at jo oftere en læge henviser (jo mere der henvises for sandsynligvis

”mindre” ting), jo lavere vil sygehusudgifterne være pr. henvisning. Dette indikerer, at forskellen i sygehusudgifterne mellem høj og lav henvisningsrate i ovenstående beregninger kunne være overvurderet. Det skal endvidere bemærkes, at ovenstående beregning har den usikkerhed, at en henvisning til ambulant besøg typisk fører til flere besøg, og at henvisning til indlæggelse typisk vil være efterfulgt af kontrolbesøg i ambulatorium. Endelig skal det understreges, at der i tolkningen af resultatet skal tages højde for, at det optimale niveau for antallet af henvisninger ikke kendes.

2.7.2. Variation mellem og inden for kommunerne

Registerstudiet viser, at almen praksis i nogle kommuner gennemsnitligt henviser dobbelt så ofte til speciallæge som almen praksis i de kommuner, hvor der gennemsnitligt henvises færrest, jf. figur 2.8. Mens der i nogle kommuner blev foretaget ca. 10 henvisninger fra almen praksis til speciallæger pr. 100 konfrontationskontakter, blev der i andre kommuner gennemsnitligt foretaget ca. 20 henvisninger. Beregnes variationen inden for 90 pct. intervallet, reduceres variationsfaktoren til 1,4. De fleste ligger dog tæt på gennemsnittet på knap 14 henvisninger pr. 100 konfrontationer. Dette ses ved at standardafvigelsen er 1,5 henvisninger pr. 100 konfrontationskontakter.

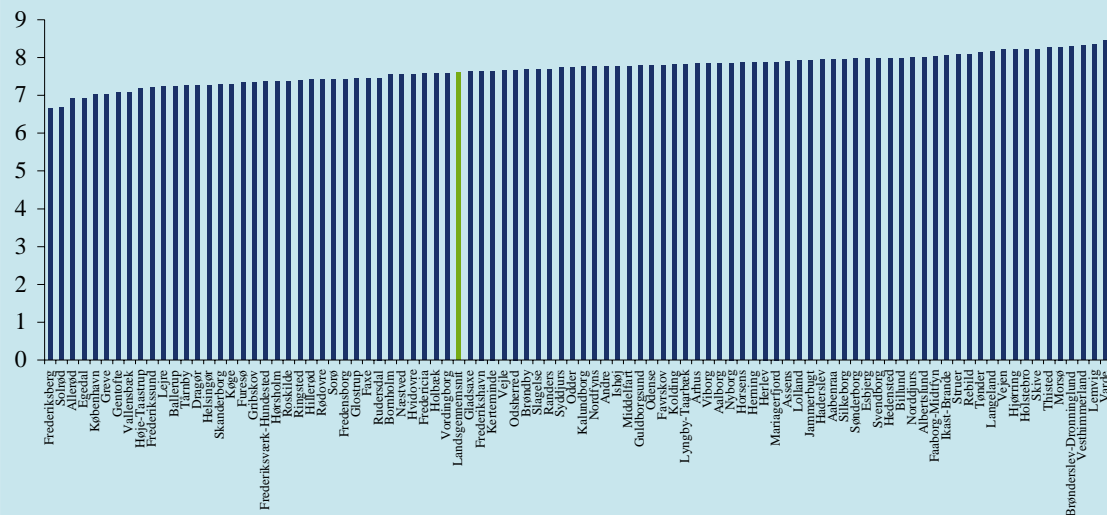
Figur 2.8. Variation i henvisninger til speciallæger inkl. privat radiologi pr. 100 konfrontationskontakter på kommuneniveau.



Note: Data er køns- og aldersstandardiserede data fra registeranalysen (særkørsel).

Ses på henvisninger til sygehusene henviser almen praksis i nogle kommuner gennemsnitligt 1,3 gange oftere end de kommuner, hvor almen praksis henviser færrest, jf. figur 2.9. Beregnes variationen inden for 90 pct. intervallet reduceres variationsfaktoren til 1,2. De fleste kommuner ligger tæt på gennemsnittet på knap 8 henvisninger pr. 100 konfrontationer. Dette ses ved, at standardafvigelsen er 0,4 henvisninger pr. 100 konfrontationskontakter.

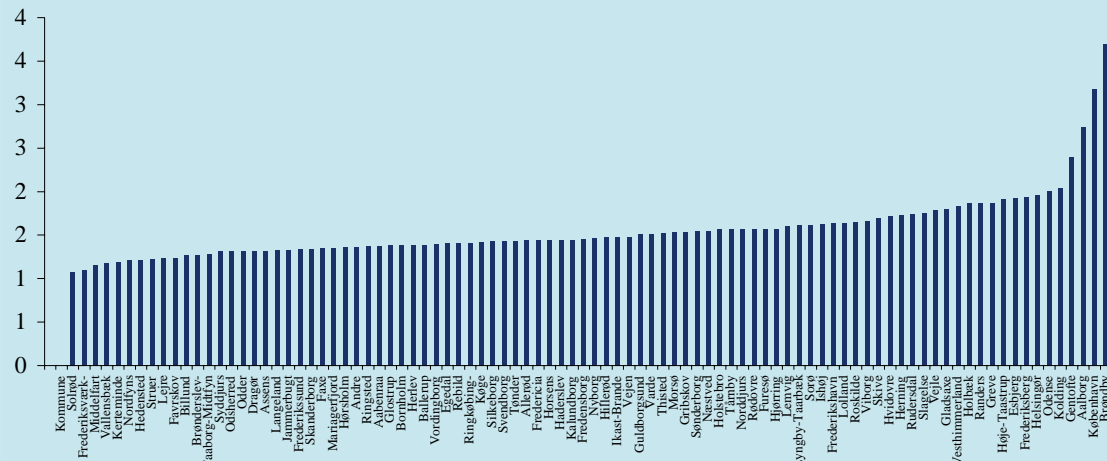
Figur 2.9. Henvisninger til sygehuse pr. 100 konfrontationskontakter på kommuneniveau



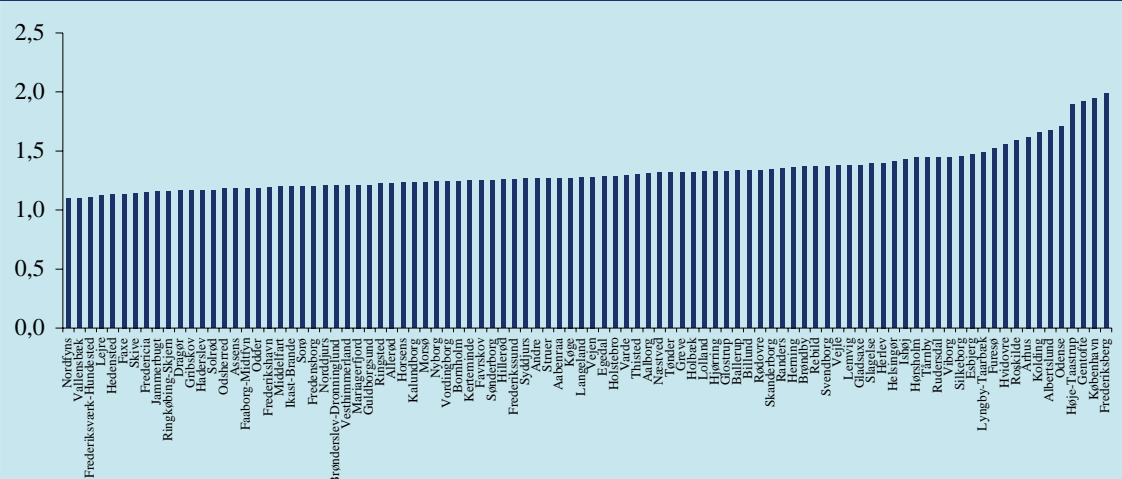
Note: Data er køns- og aldersstandardiserede data fra registeranalysen (særkørsel)

Det gennemsnitlige antal henvisninger fra almen praksis pr. 100 kontakter i den enkelte kommune dækker over, at der inden for hver kommune kan være variationer i henvisningsmønstret mellem alment praktiserende læger i kommunen. I figur 2.10 og 2.11 er det illustreret, hvorledes der stort set ingen variation er i henvisningsmønstret blandt de alment praktiserende læger i en lang række kommuner. I en del kommuner er der dog en variation på helt op til 2,5 for henvisninger fra almen praksis til speciallæger og 2 for henvisninger til sygehuse.

Figur 2.10. Variationsfaktor for kommuner - speciallæge.



Note: Data er køns- og aldersstandardiserede data fra registeranalysen (særkørsel).

Figur 2.11. Variationsfaktor for kommuner – sygehus.

Note: Data er køns- og aldersstandardiserede data fra registeranalysen (særkørsel).

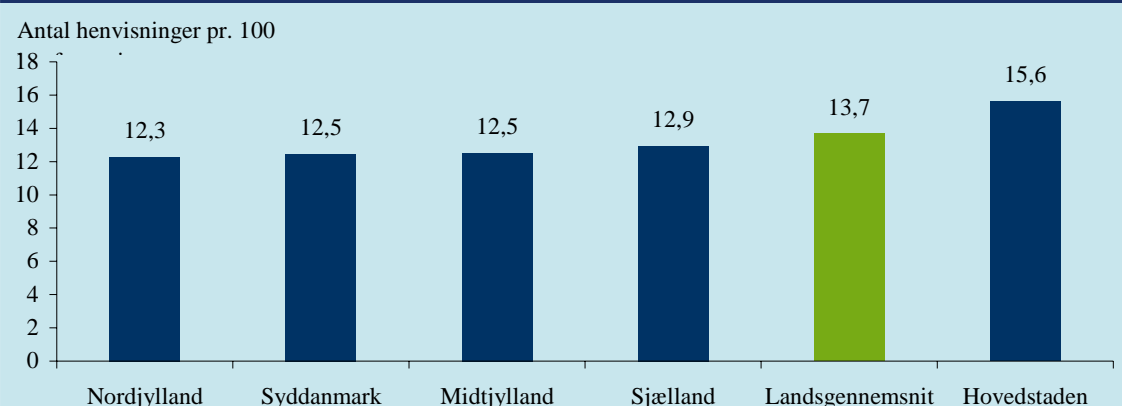
2.7.3. Variation mellem amterne

I registerstudiet er variationen i henvisningsmønstret opgjort for de tidligere amter. Variationen mellem de tidligere amter var 1,7 for henvisninger til speciallæger, når henvisninger til private radiologiklinikker regnes med og 1,2 for henvisninger til sygehuse. Resultaterne svarer til den variation, der er fundet i lignende undersøgelser af variation mellem geografiske områder fra udlandet.

2.7.4. Variation mellem regionerne

Der er en lille variation i det gennemsnitlige antal henvisninger pr. kontakt mellem regionerne, hvilket bl.a. skyldes, at der er tale om større enheder, hvor forskellen til dels udliges. Variationsfaktoren for henvisninger til speciallæge er ca. 1,3 og for henvisninger til sygehuse er den ca. 1,1.

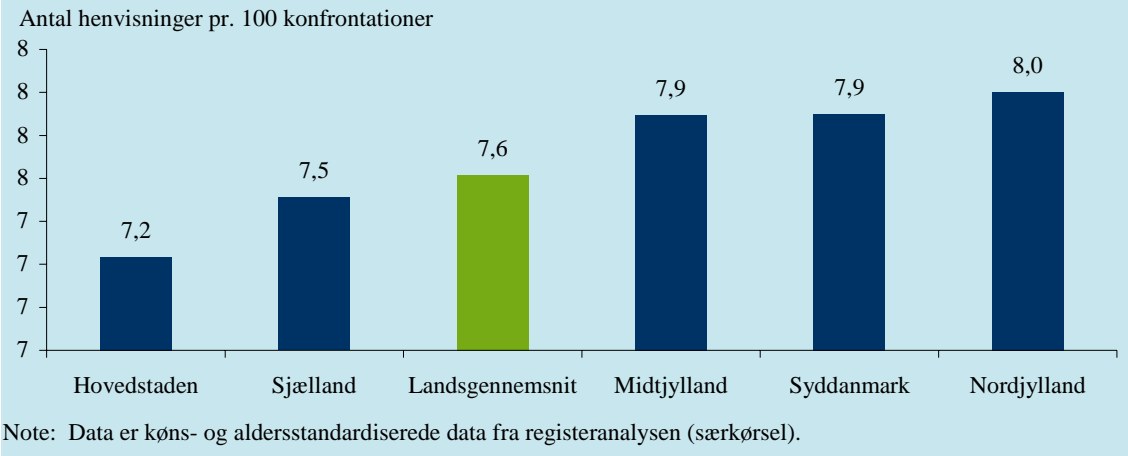
Ifølge registeranalysen foretager der gennemsnitligt 15,6 henvisninger til speciallæger pr. 100 konfrontationer i Region Hovedstaden. Det er mere end landsgennemsnittet og ca. 30 pct. flere, end der henvises i Region Nordjylland, som med 12,3 henvisninger pr. 100 konfrontationskontakter er den region, hvor der henvises færrest til speciallæger, jf. figur 2.12.

Figur 2.12. Henvisninger til speciallæge pr. 100 konfrontationskontakter på regionsniveau.

Note: Data er køns- og aldersstandardiserede data fra registeranalysen (særkørsel).

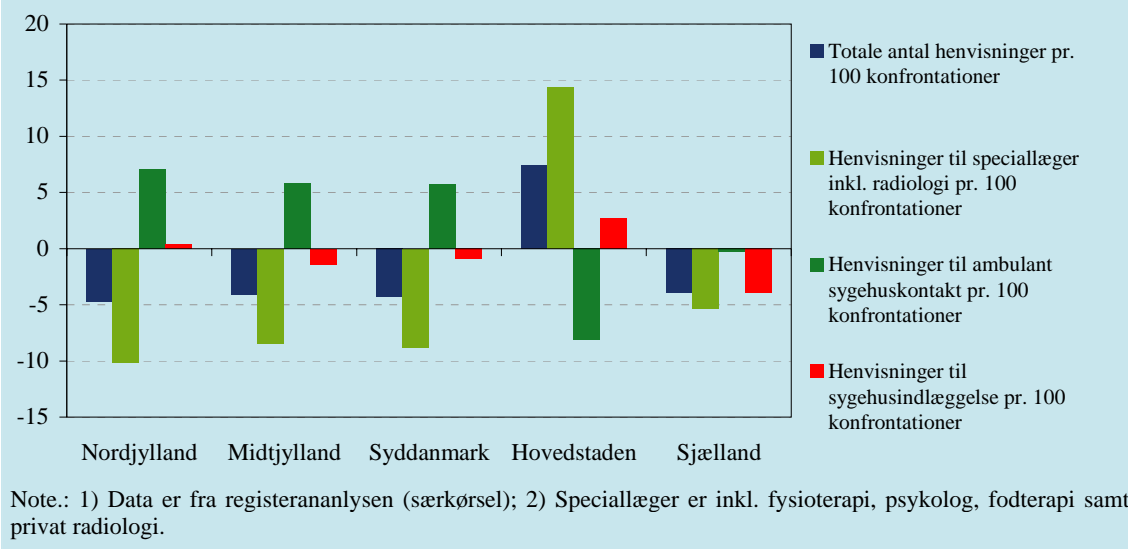
Ses på henvisninger til sygehus, henvises der ifølge registeranalysen foretages gennemsnitligt 8 henvisninger til sygehus pr. 100 konfrontationer i Region Nordjylland, mens der i Region Hovedstaden foretages gennemsnitligt 7,2 henvisninger pr. 100 konfrontationskontakter, jf. figur 2.13.

Figur 2.13. Henvisninger til sygehuse pr. 100 konfrontationskontakter på regionsniveau.



Ved hjælp af data fra registeranalysen kan der laves en mere detaljeret analyse af forskellene i henvisningsmønstret på tværs af regionerne. Figur 2.14 viser således den enkelte regions afvigelser fra landsgennemsnittet for antallet af henvisninger pr. 100 konfrontationskontakter i almen praksis opdelt på henvisninger til ambulant sygehuskontakt, sygehusindlæggelse, speciallæger samt totalt.

Figur 2.14. Regionernes gennemsnitlige afvigelse fra landsgennemsnitligt antal henvisninger pr. konfrontationskontakt, år 2006.



Totalt set ligger Region Hovedstaden over landsgennemsnittet for antal henvisninger, men tallene dækker over et relativt højt antal henvisninger til speciallæger og et relativt lavt antal henvisninger til ambulant sygehuskontakt. De øvrige regioner ligger under landsgennemsnittet for henvisninger til speciallæger og over landsgennemsnittet for

henvisninger til ambulant kontakt - på nær Region Sjælland, der er relativt tæt på men under landsgennemsnittet i alle kategorier.

Variationen kan til dels forklares med forskelle i organisering af radiologiske undersøgelser, som i Region Hovedstaden og Region Midtjylland til dels foretages på private radiologiklinikker (dvs. henvisning til speciallæge), mens de i resten af landet foretages ambulant på sygehusene.

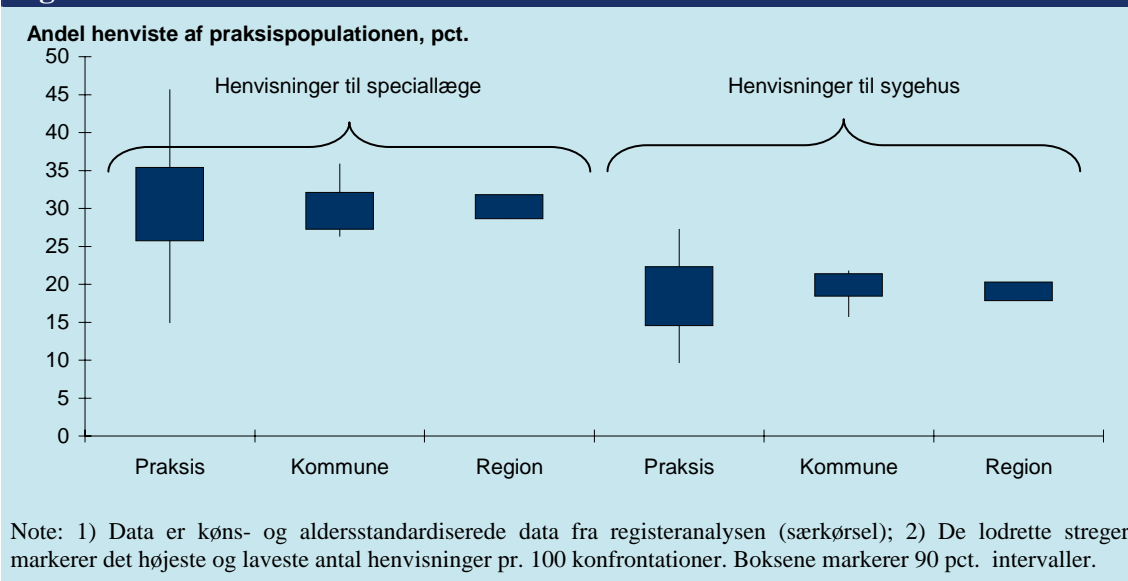
Det skal i denne sammenhæng bemærkes, at analyserne ikke omfatter henvisninger fra speciallæge til sygehus. Det kan på den baggrund ikke vurderes, i hvor høj grad der er tale om substitution imellem speciallægeydelse og undersøgelser/behandling foretaget ambulant på et sygehus, og i hvor høj grad speciallægehenvvisninger efterfølgende fører til sygehushenvisninger.

2.8. Variation i henvisningsmønsteret: Andel af tilmeldte borgere som henvises

I dette afsnit beskrives variationer i henvisningsmønsteret ved at se på, om der er forskel på hvor stor en andel af de tilmeldte patienter i en praksis, der henvises i løbet af et år. Dette giver et indtryk af, hvor stor en del af patienterne den alment praktiserende læge selv kan færdigbehandle i almen praksis og hvor stor en andel, der henvises videre til det øvrige sundhedsvæsen. Data er køns- og aldersstandardiseret.

Analysen viser, at der er variationer i, hvor stor en andel af patienterne de alment praktiserende læger henviser i løbet af et år. Der er således forskel på, hvor mange og til hvem de enkelte praksis henviser. Både når man sammenligner alle praksis på tværs af landet (praksisniveau), og når kommunale og regionale gennemsnit sammenlignes, jf. figur 2.15. I figuren vises variationen i henvisningspraksis på praksis-, kommune- og regionsniveau. De lodrette streger markerer den højeste og laveste andel henviste patienter pr. 100 tilmeldte, mens boksene markerer den højeste og laveste andel henviste patienter inden for 90 pct. intervallet. Se i øvrigt appendix 1 for oversigt over variation i andel henviste borgere.

Figur 2.15. Variationen i andel henviste borgere på praksis-, kommune- og regionsniveau.



Variationen svarer til den variation, der er i henvisningsmønsteret, når henvisningerne opgøres som andel henvisninger pr. konfrontationskontakt

2.8.1. Variation i andel henviste borgere mellem praksis

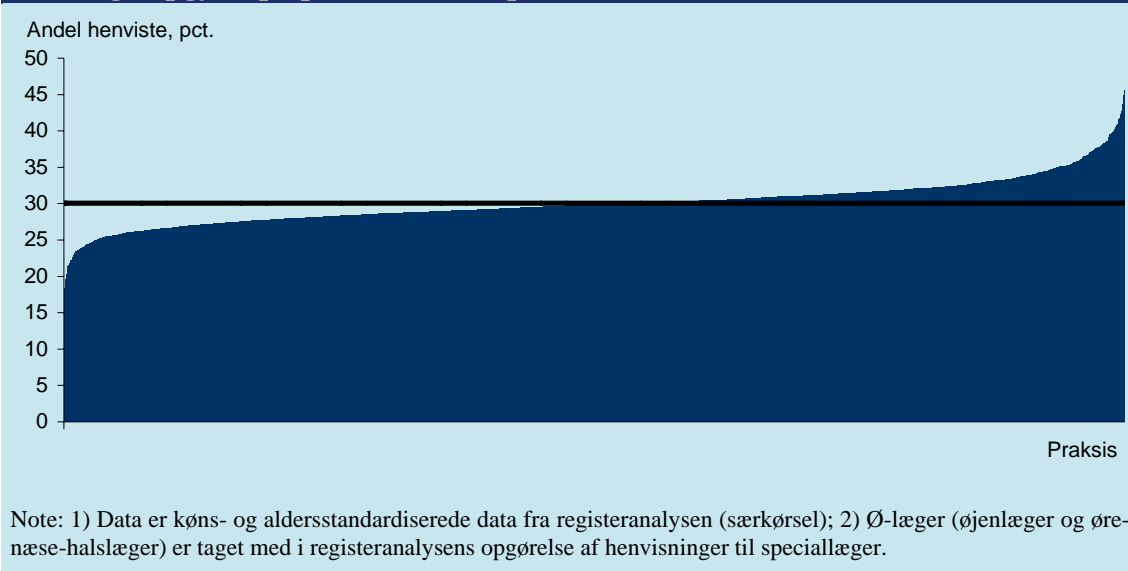
Ifølge registerstudiet henviser nogle praksis ca. 3 gange så stor en andel af de patienter, de har tilmeldt deres praksis, til en speciallæge end andre praksis. Således henviste nogle praksis kun omkring 15 pct. af deres patienter, mens andre henviste knap 46 pct. jf. figur 2.16.

Når der ses bort fra de 5 pct. af praksis, der henviser flest og de 5 pct., der henviser færrest (90 pct. intervallet), reduceres variationen til faktor 1,4. De praksis, som henviser flest patienter inden for dette interval, henviser lidt over 35 pct. af deres patienter. De praksis, der henviser færrest, henviser knapt 26 pct. af patienterne.

Gennemsnitligt henvises 30 pct. af patienterne i en praksis til speciallæge. De fleste praksis ligger nogenlunde omkring dette gennemsnit.

En mindre del af variationen kan forklares ved, at radiologiske undersøgelser foretages af hhv. speciallæger og på sygehusambulatorium i forskellige dele af landet. Således foretages radiologiske undersøgelser i det tidligere H:S og Københavns samt Århus Amter delvist hos privatpraktiserende radiologer (og tæller derfor med som henvisninger til speciallæger), mens de i resten af landet foretages på sygehusambulatorier. Hvis henvisninger til radiologi ikke medregnes, reduceres variationsfaktoren for andel henviste til speciallæge fra 3 til 2,5.

Figur 2.16. Andel af praksispopulation der er henvist til speciallæge inkl. privat radiologi, opgjort på praksisniveau, pct.

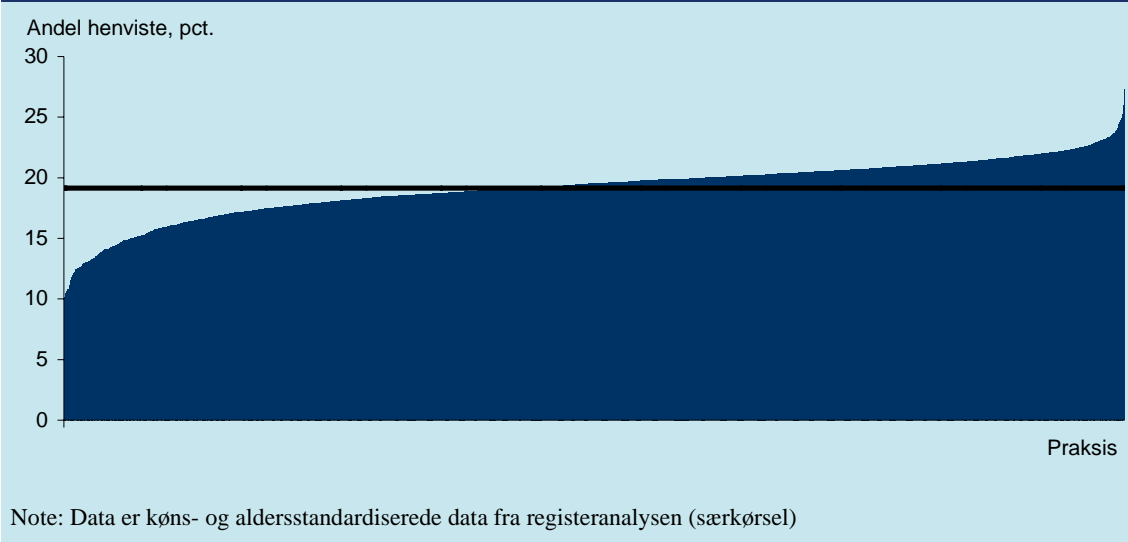


Ses på henvisninger til sygehusene, henviser nogle praksis knapt 3 gange flere end de praksis, der henviser færrest, jf. figur 2.17. De praksis, der henviser færrest, henviste således kun knapt 10 pct. af deres patienter til sygehus (ambulant eller indlæggelse) i løbet af et år. Mens de praksis, der henviste flest, henviste lidt mere end 27 pct. af deres patienter til sygehusene.

Variationen reduceres til faktor 1,5, når denne beregnes inden for 90 pct. intervallet. Inden for dette interval henviser de praksis, som henviser færrest, således 14,5 pct. af deres patienter, mens de, der henviser flest, henviser ca. 22 pct. af deres patienter.

Gennemsnitligt henvises ca. 20 pct. af patienterne i en praksis til et sygehus. De fleste praksis ligger nogenlunde omkring dette gennemsnit.

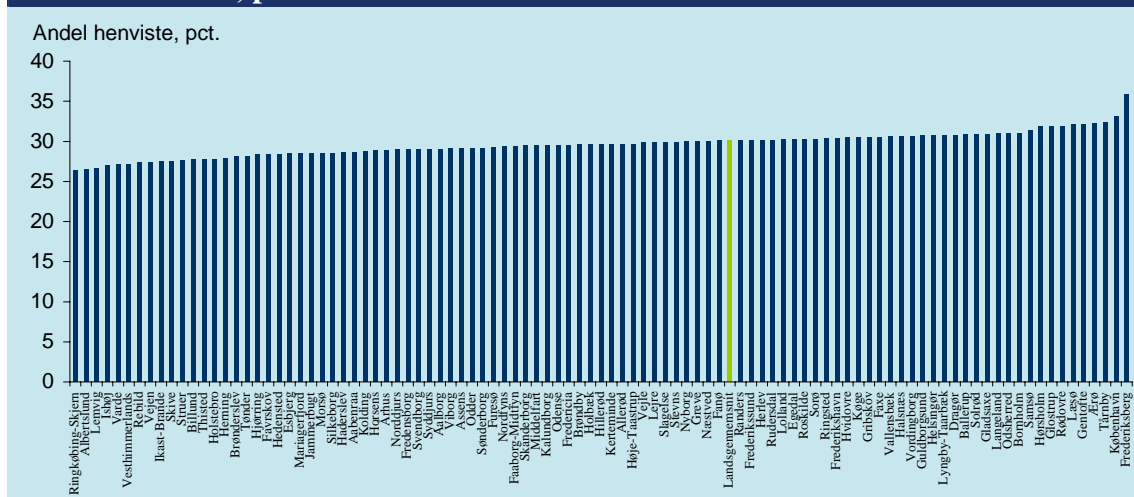
Figur 2.17. Andel af praksispopulation der er henvist til sygehus, opgjort på praksisniveau, pct.



2.8.2. Variation i andel henviste mellem kommuner

Registerstudiet viser, at almen praksis i nogle kommuner gennemsnitligt henviser 1,4 gange så stor en andel af patienterne til speciallæge som i de kommuner, hvor almen praksis gennemsnitligt henviser den laveste andel, jf. figur 2.18. Mens der i nogle kommuner blev henvist gennemsnitligt lidt over 26 pct. af patienterne fra almen praksis til speciallæger, blev der i andre kommuner gennemsnitligt henvist ca. 36 pct. Beregnes variationen inden for 90 pct. intervallet, reduceres variationsfaktoren til 1,2. De fleste kommuner ligger tæt på gennemsnittet på 30 pct. henviste patienter fra almen praksis.

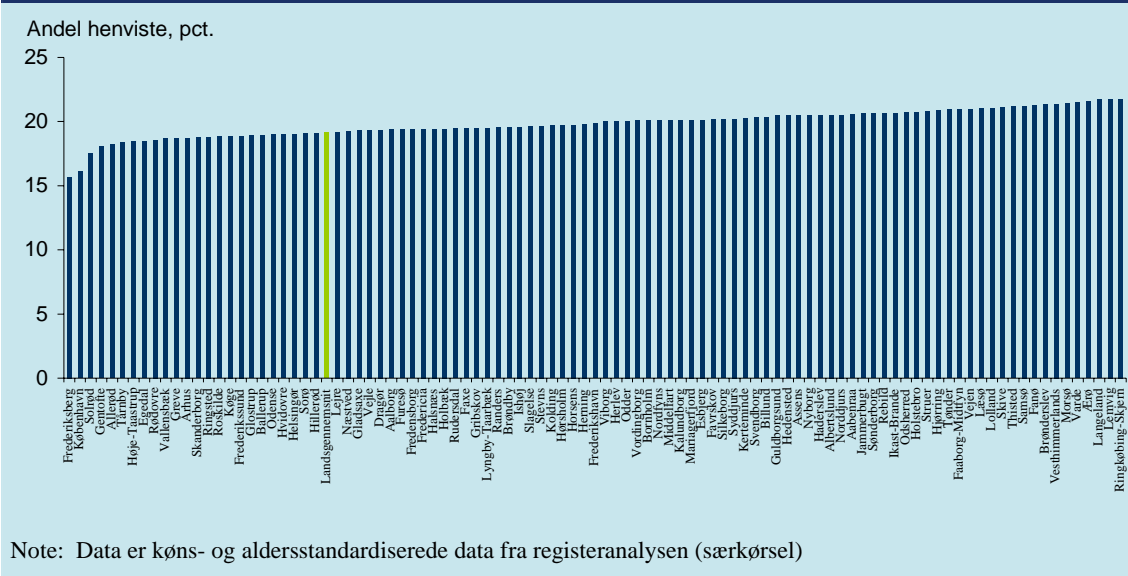
Figur 2.18. Andel af praksispopulation der er henvist til speciallæge, opgjort på kommuneniveau, pct.



Note: 1) Data er køns- og aldersstandardiserede data fra registeranalysen (særkørsel); 2) Ø-læger (øjnlæger og øre-næse-halslæger) er taget med i registeranalysens opgørelse af henvisninger til speciallæger.

Ses på henvisninger til sygehus henviser almen praksis i nogle kommuner også gennemsnitligt 1,4 gange så stor en andel af patienterne som i de kommuner, hvor almen praksis gennemsnitligt henviser den laveste andel, jf. figur 2.19. Mens der i nogle kommuner blev henvist gennemsnitligt knapt 16 pct. af patienterne fra almen praksis til sygehus, blev der i andre kommuner gennemsnitligt henvist knapt 22 pct. Beregnes variationen inden for 90 pct. intervallet, reduceres variationsfaktoren til 1,2. De fleste kommuner ligger tæt på gennemsnittet på 20 pct. henviste patienter fra almen praksis.

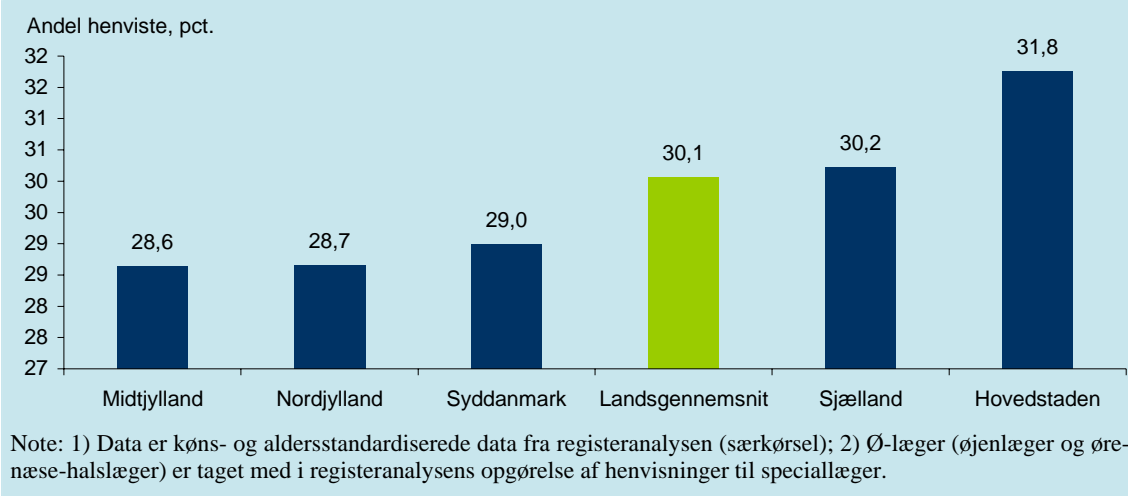
Figur 2.19. Andel af praksispopulation der er henvist til sygehus, opgjort på kommuneniveau, pct.



2.8.3. Variation i andel henviste mellem regioner

Variationsfaktoren på regionsniveau for henvisninger til speciallæger er 1,1. Ifølge registeranalysen henvises gennemsnitligt 31,8 pct. af patienterne til speciallæge i Region Hovedstaden, jf. figur 2.20. Det er mere end landsgennemsnittet på ca. 30 pct. Det er ca. 10 pct. mere end den andel patienter, der henvises i Region Nordjylland, hvor den gennemsnitlige andel henviste ligger på 28,6 pct.

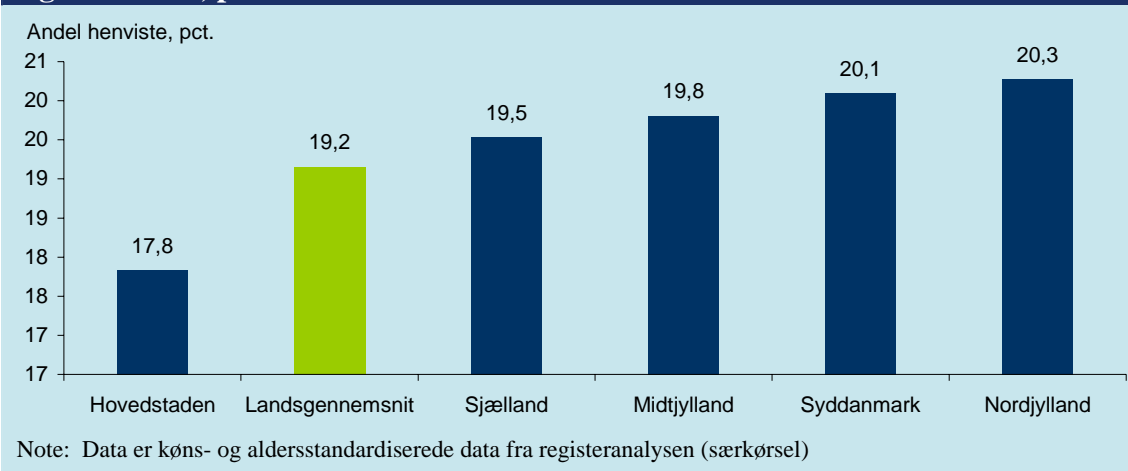
Figur 2.20. Andel af praksispopulation der er henvist til speciallæge, opgjort på regionsniveau, pct.



Ses på henvisninger til sygehus (ambulant og indlæggelse) er variationsfaktoren 1,1, dvs. de alment praktiserende læger i Region Nordjylland henviser i gennemsnit 10 pct. flere end lægerne i Region Hovedstaden. De alment praktiserende læger i Region Nordjylland henviser gennemsnitligt knapt 20,3 pct. af patienterne, jf. figur 2.21. I Region Syddanmark henvises gennemsnitlig en næsten lige så høj andel nemlig 20,1 pct. Region Hovedstaden ligger med 17,8 pct. som den eneste region under landsgennemsnittet.

Disse resultater synes at indikere, at der for visse sundhedsydelser kan være en substitution mellem henvisninger til speciallæge og ambulante sygehushenvisninger. Dette kan imidlertid ikke konkluderes entydigt alene på baggrund af denne analyse, idet analysen ikke inkluderer eventuelle viderehenvisninger fra speciallæge til sygehus.

Figur 2.21. Andel af praksispopulation der er henvist til sygehus, opgjort på regionsniveau, pct.

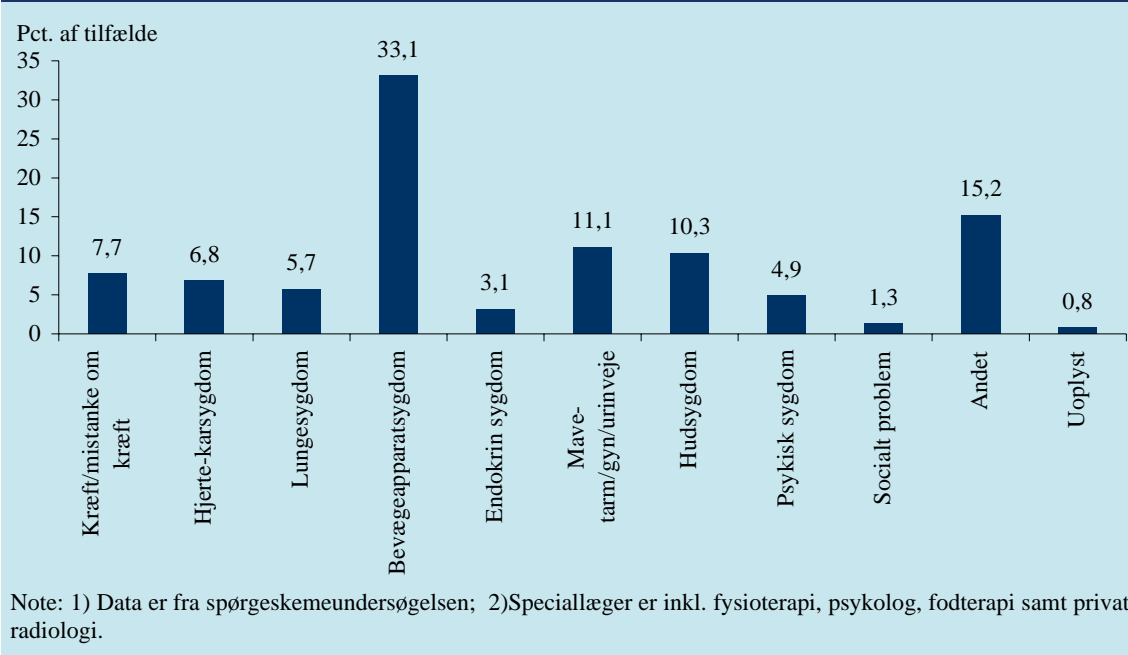


2.7. Henvisningsmønsteret i forhold til sygdomme og formål

Henvisninger fordelt på sygdomskategorier

En tredjedel af alle henvisninger vedrører muskelskeletsygdomme, som dermed er den sygdomskategori, der hyppigst foranlediger en henvisning, jf. figur 2.22. Derefter følger sygdomme relateret til mave-tarm, gynækologi og urinveje med ca. 11 pct. og hudsygdomme med ca. 10 pct. af henvisningerne. Kræft og hjerte- karsygdomme er årsagen til henvisning i hhv. ca. 8 og 6,8 pct. af de tilfælde, hvor der henvises og lungesygdomme ca. 6 pct.

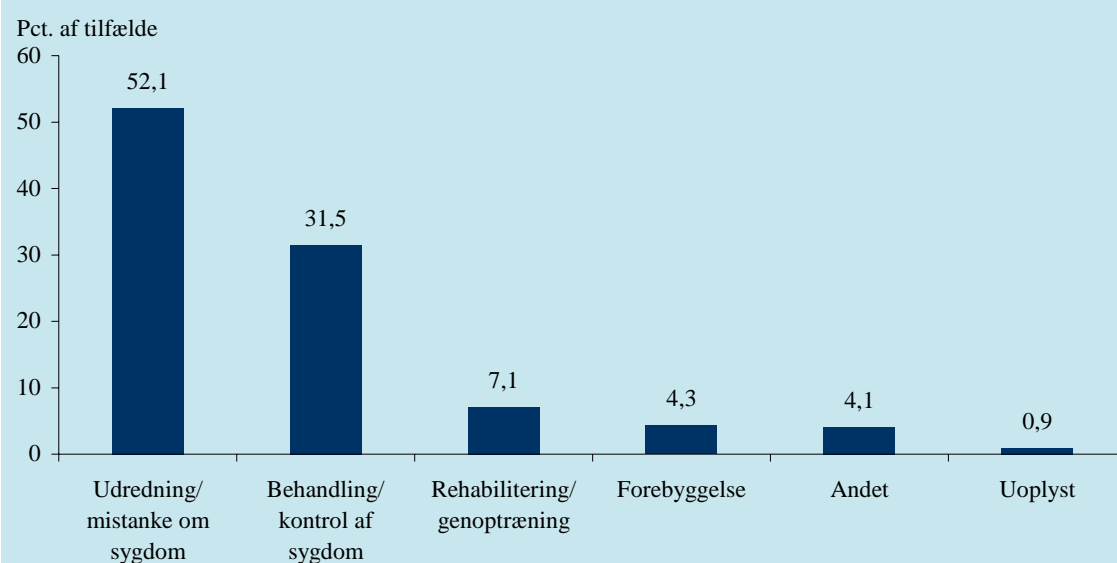
Figur 2.22. Procentvis fordeling af sygdomskategori for alle typer henvisning.



Udredning af patienter i almen praksis

Hovedformålet med godt halvdelen af alle henvisninger er udredning ved mistanke om sygdom, jf. figur 2.23. En tredjedel af henvisningerne foretages med henblik på behandling og kontrol af sygdommen. Genoptræning, rehabilitering og forebyggelse er formålet med i alt 11,4 pct. af alle henvisninger.

Figur 2.23. Procentvis fordeling af hovedformål for henvisning for alle typer henvisning.

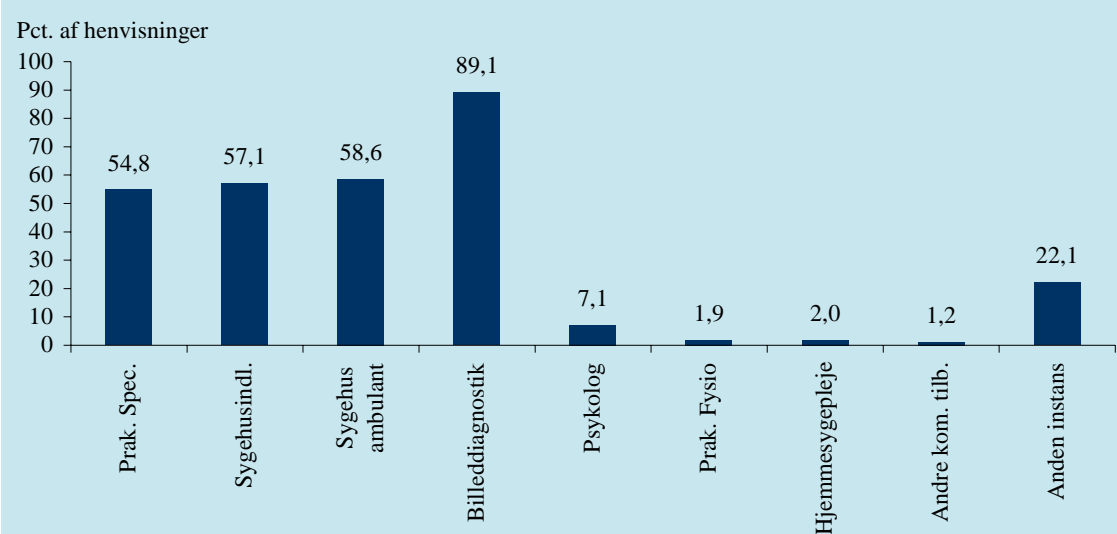


Note: Data er fra spørgeskemaundersøgelsen.

Der henvises i særlig høj grad til udredning i tilfælde af kræft/mistanke om kræft, hvor hele 82 pct. henvises til udredning pga. mistanke om sygdom. For hjerte-karsygdom, lungesygdom og sygdom i mave-tarm, gynækologi og urinveje ligger andelen af henvisninger med henblik på udredning også relativt højt mellem 60 og 70 pct.

Andelen af henvisning med henblik på udredning er særlig høj (knap 90 pct.) for henvisninger til billeddiagnostik, men ligger også relativt højt (55-60 pct.) for henvisninger til speciallæger og sygehuse, jf. figur 2.24. Andelen af patienter, som henvises med henblik på udredning er umiddelbart en del højere end i udlandet. Et studie fra England viser således, at omkring 30 pct. af alle henvisninger blev foretaget på baggrund af et ønske om at udrede patienten yderligere.

Figur 2.24. Andel af henvisninger der foretages med henblik på udredning, fordelt på instans.



Note: Data er fra spørgeskemaundersøgelsen.

Disse henvisninger må i vid udstrækning antages at være nødvendige, idet en del udredning for sygdom kræver en specialiseret indsats. Der kan dog være nogle af de henvisninger, der foretages, fordi lægen i praksis ikke har mulighed for at gennemføre den nødvendige og relevante udredning. Det er således sandsynligt, at effektiviteten af brugen af henvisninger vil kunne ændres ved at se nærmere på den service, almen praksis modtager i forhold til at udrede patienterne, mens egen læge er tovholder.

Spørgeskemaanalysen viser også, at omkring 15 pct. af alle henvisningerne enten blev foretaget, fordi lægen ønskede en second opinion (ca. 7 pct.) dvs. en vurdering af patienten fra en anden læge, eller fordi lægen var kørt fast i problemstillingen (ca. 9 pct.). Det er sandsynligt, at visse af disse situationer kunne klares på anden vis end med en henvisning, eksempelvis med en telefonisk kontakt mellem den alment praktiserende læge og lægen på det sygehus, det overvejes at henvise til, så den alment praktiserende læge kan få støtte til at udrede patienten og afgøre, om en henvisning er den bedste løsning.

3. Årsager til variation i henvisningsmønsteret

Der er variationer i henvisningsmønsteret fra almen praksis i Danmark til speciallæger og sygehuse. Der er altså forskelle i, hvor meget, hvor mange og til hvem lægerne i en praksis, en kommune, et tidligere amt eller en region henviser. Dette gælder også, når der tages højde for forskelle i patientsammensætningen. I dette kapitel sammenfattes analysens resultater vedrørende årsagerne til variation i henvisningsmønsteret. At identificere årsager til variation og faktorer, som samvarierer med henvisningsmønsteret, er centralt, fordi disse faktorer kan indikere, hvor og hvordan kvaliteten og effektiviteten kan sikres og eventuelt forbedres i henvisningsprocessen. Analysen er gennemført på baggrund af variationer i henvisningsmønsteret opgjort som henvisninger per konfrontationskontakter.

3.1. Det samlede billede af årsager til variation i henvisningsmønsteret

3.1.1. Faktorer omfattet af denne analyse

Tabel 3.1 giver et overblik over faktorer, som kan tænkes at påvirke brugen af henvisninger i almen praksis og dermed kvaliteten og effektiviteten af henvisningsprocessen. Oversigten er baseret på teorier og empiriske studier. Faktorerne er opdelt i tre grupper: 1. patientrelaterede faktorer, 2. læge- og praksisrelaterede faktorer og 3. strukturelle og organisatoriske faktorer. Faktorer inden for alle tre områder er søgt belyst i denne analyse. Pga. begrænsninger i bl.a. tilgængeligheden af data, metodevalg mv. har det dog ikke været muligt at undersøge betydningen af alle faktorer. I tabellen er de faktorer, der er omfattet af analysen, markeret med rødt og understregning.

Tabel 3.1: Faktorer af mulig betydning for henvisningsmønstret i almen praksis. Faktorer markeredet med **rødt er helt eller delvist omfattet af denne analyse.**

Patientrelaterede faktorer:

- Symptomer og præsentation af symptomer
- Sygdom og sygelighed
- Forventning til/pres for henvisningen, holdninger, erfaring
- Demografi (alder, køn, kultur, etnicitet)
- Socioøkonomiske forhold (uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, økonomi, netværk m.v.)
- Sygesikring (offentlig, privat, dækningsgrad)

Læge- og praksisrelaterede faktorer:

- Lægekarakteristika (alder, køn, anciennitet, arbejdspress, jobtilfredshed)
- Lægens faglige viden og vurdering (uddannelse, efteruddannelse, erfaring, faglige interesser og færdigheder)
- Personlighed, holdning (risikovillighed, villighed til at "se tiden an" vs. forsigtighed, villighed til at følge patientens ønsker, andre psykologiske faktorer).
- Graden af sundhedsvidenskabelig viden/evidens på et område
- Praksiskapacitet (antal tilmeldte, antal konfrontationer per tilmeldte)
- Praksistype/form (kompagniskabspraksis, solopraksis, samarbejdspraksis)
- Personale sammensætning og arbejdstilrettelæggelse (antallet af læger og ikke-lægeligt praksispersonale, arbejdsdeling)
- Praksisudstyr (laboratoriefaciliteter, andre faciliteter, lokaler)
- Samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen

Strukturelle og organisatoriske faktorer:

- Geografiske forhold (kommune, region, land/by, transportmuligheder, afstand)
- Udbuddet af sundhedstilbud (speciallæger, ambulatorier, sygehuse)
- Henvisningsmuligheder (f.eks. tilstedeværelsen af kommunale tilbud)
- Samarbejdsformer mellem almen praksis og sundhedsvæsenet i øvrigt (f.eks. tilstedeværelsen og kvaliteten af praksiskonsulentordningen, vejledninger mv).
- Overenskomst og andre incitament
- Ventetider
- Kultur

Medicineringsmønster

- Variationen i udskrivning af medicin mellem læger, praksis, kommune og regioner.

Ydelsesmønster

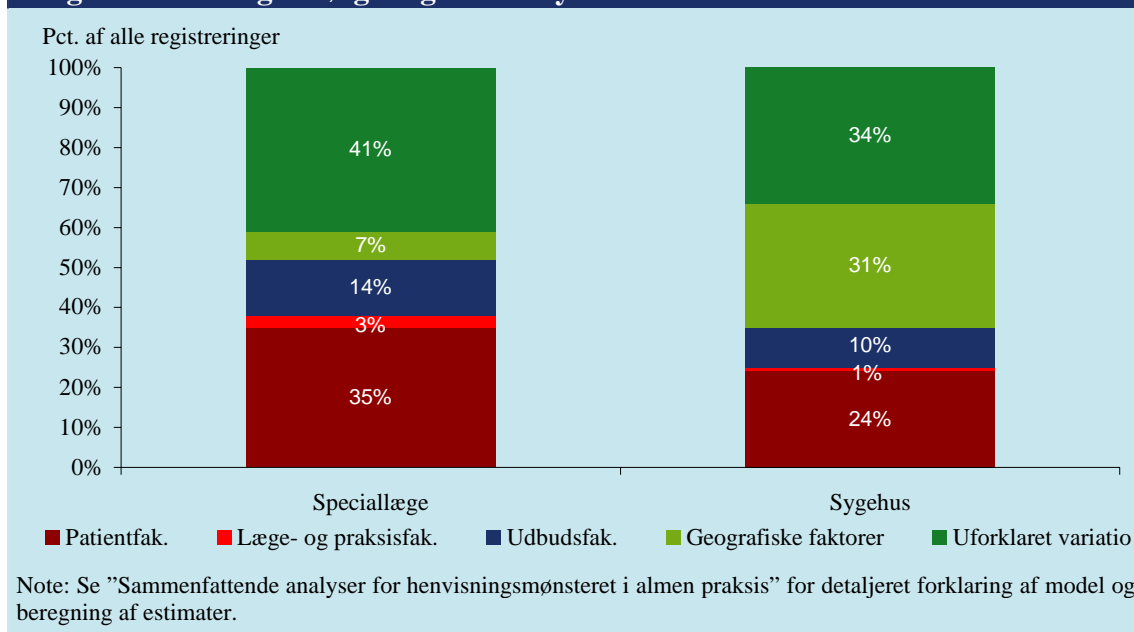
- Variationen i forbruget af ydelser dvs. konsultationer, undersøgelser, operative indgreb mv., som den praktiserende læge honoreres for af Den Offentlige Sygesikring.

3.1.2. Betydningen af de forskellige grupper af faktorer

På baggrund af registeranalysen er det muligt at kvantificere, hvor meget de forskellige grupper af faktorer bidrager til forklaringen af variationen. Som illustreret i figur 3.1. kan de patientrelaterede faktorer, der er taget med i registeranalysen, forklare 26 pct. af variationen i henvisning til speciallæge og 19 pct. af variationen i henvisninger til sygehuse. Læge- og praksisrelaterede faktorer forklarer kun hhv. 2 pct. og 1 pct. af variationen i henvisninger til speciallæger og sygehuse, mens udbudsfaktorer dvs.

speciallægetætheden og antallet af sygehuse forklarer samlet set 16 pct. af variationen i antallet af henvisninger til speciallæger og 11 pct. af variationen til sygehuse.

Figur 3.1. Forskellige grupper af faktorerers bidrag til forklaring af variationen i brug af henvisninger ifølge registeranalysen.



3.1.3. Den uforklarede variation

Som det også fremgår af ovenstående figur 3.1., kan ca. halvdelen af variationen ikke forklares med hverken patientrelaterede faktorer, læge- og praksisrelaterede faktorer eller udbuddet af speciallæger og sygehuse.

På baggrund af registerstudiet er det muligt at slå fast, at hhv. 7 pct. af variationen i henvisninger til speciallæger og 31 pct. i henvisninger til sygehuse skyldes ukendte geografiske faktorer. Det er ikke muligt præcist at identificere disse faktorer, men resultatet peger i retning af, at man lokalt kan have traditioner, kulturer og samarbejdsformer af betydning for henvisningsmønstret. Endvidere kan den for sygehushenvisningernes vedkommende skyldes forskelle i registreringspraksis mellem regionerne og de tidligere amter (datafejl).

Derudover er dog stadig 41 pct. af variationen i henvisninger til speciallæger og 34 pct. af henvisningerne til sygehuse, som er helt uforklaret. Variationen skyldes andre faktorer, som det pga. data og metodemæssige begrænsninger ikke har været muligt at identificere. Det kan være faktorer relateret til lægens viden, kultur, rutiner og psykologi. Men også meget vel faktorer relateret til samspillet mellem almen praksis og organiseringen af sundhedsvæsenet i øvrigt.

3.1.4. De forskellige faktorerers forklaringsgrad

Nedenstående tabel 3.2 giver et mere detaljeret overblik over analysens resultater vedrørende forklaringsgraden, og hvorledes de forskellige faktorer samvarierer med henvisningsmønstret.

Tabel 3.2. Forklaringsgrad og retning for faktorer af mulig betydning for variationen i brugen af henvisninger.

Faktor	Indlæggelse	Ambulant	Speciallæge
Patient	>20% (+)	>20% (+)	>20% (+)
Alder og køn (mænd er ref.)	5-10% (+)	5-10% (+)	10-20% (+)
Uddannelsse	5-10% (-)	5-10% (-)	5-10% (+)
Indkomst	10-20% (-)	10-20% (-)	>20% (+)
Beskæftigelse	Ingen	Ingen	1-5% (+)
Lægen	<1% (+)	<1% (-)	Ingen
Køn (mand er ref.)	<1% (-)	Ingen	Ingen
Senioritet	<1% (-)	<1% (-)	Ingen
Praksis	<1% (+)	<1% (+)	1-5% (+)
Patienter pr. læge	Ingen	Ingen	Ingen
Kontakter pr. tilmeldt	<1% (+)	<1% (+)	<1% (+)
Sekretær pr. læge	Ingen	Ingen	Ingen
Sygeplejerske pr. læge	Ingen	Ingen	Ingen
Bioanalytiker pr. læge	Ingen	Ingen	Ingen
Praksisform (solopraksis er ref.)	Ingen	<1% (+)	Ingen
Udbud	10-20% (+)	10-20% (+)	10-20% (+)
Lægetæthed (almen)	Ingen	Ingen	<1% (-)
Speciallægetæthed	10-20% (-)	10-20% (-)	10-20% (+)
Sygehus i kommune	<1% (+)*	<1% (+)	10-20% (-)

Note: 1) Oversigten er baseret på tabel 2 i "Sammenfattende analyser for henvisningsmønstret i almen praksis"; 2) Der er kun medtaget forklaringsgrader, der er korigeret for de øvrige faktorer indflydelse. De overordnede faktorer (fed skrift) får en forklaringsgrad, der er samlet for de underordnede. 3) Forklaringsgrad, hvor (+) angiver positiv sammenhæng og (-) negativ sammenhæng.

*Her angiver spørgeskemaanalysen, at hvis der ikke er et sygehus i kommunen, indlægges der flere pr. kontakt. Det er modsat Delanalyse 2. Forklaringsgraden er dog meget lille for begge analyser.

I de følgende afsnit redegøres for analysens resultater vedrørende betydningen af de enkelte forklaringsfaktorer.

3.2. Patientrelaterede faktorer

Såvel gennemgangen af den danske og udenlandske litteratur, registerstudiet og henvisningsauditten viser, at patientkarakteristika, dvs. patientens sygdom og de behov for udredning og behandling denne medfører, alder og køn, uddannelse, indkomst og beskæftigelse, har størst betydning for variationer i henvisningsmønstret. Patientrelaterede faktorer forklarer i alt mere end 20 pct. af variationen i henvisningerne til både speciallæger og sygehuse, jf. figur 3.1. og tabel 3.2.

3.2.1. Sygdomsrelaterede faktorer

Spørgeskemaundersøgelsen belyser, hvilke patient- og sygdomsrelaterede faktorer der henvises for. Henvisningsmønstret er afhængigt af, hvor hyppigt forskellige typer af sygdomme forekommer og hvor hyppigt patienter med symptomer relateret til disse sygdomskategorier opsøger almen praksis. Resultatet er refereret i kapitel 3 og viser, at der henvises oftere for sygdomme relateret til bevægeapparatet end i forbindelse med kræft/mistanke om kræft, hjerte-karsygdomme og lungesygdomme.

Spørgeskemaundersøgelsen viser også, at der mellem de forskellige sygdomskategorier er stor variation i, hvilken instans der henvises til og med hvilket formål. F.eks. henvises patienter med kræft/mistanke om kræft eller lungesygdomme naturligt nok i højere grad til billeddiagnostik end patienter med hudsygdomme og psykisk sygdom. Ligesom patienter med kræft/ mistanke om kræft samt patienter med hjerte-

karsygdomme i høj grad henvises til udredning, mens patienter med symptomer relateret til hudsygdomme og psykiske sygdomme i højere grad henvises til behandling. En del af denne variation følger altså naturligt af forskelle i sygdommenes forløb samt diagnose og behandlingsmuligheder.

Registerstudiet viser, at antallet af henvisninger pr. tilmeldt stiger, når antallet af kontakter pr. tilmeldt patient stiger. Denne sammenhæng skyldes, at både antal kontakter pr. tilmeldt og antal henvisninger pr. tilmeldt er indikatorer for sygeligheden og behovet for lægelig rådgivning i praksispopulationen. Gruppen af borgere med en højere sygelighed og behov for lægelige råd kan forventes at gå oftere til læge og oftere blive henvist til det specialiserede sundhedsvæsen sammenlignet med borgere med lav sygelighed, der går sjældnere til lægen.

3.2.2. Patienternes alder og køn

Af både den danske og internationale litteratur fremgår det, at patienternes alder og køn har stor betydning for patienternes sygelighed og dermed også for, hvilket behov de har for at blive henvist til det specialiserede sundhedsvæsen. Således henvises ældre personer mere end yngre, og kvinder henvises mere end mænd, jf. tabel 3.2. Generelt standardiseres derfor for alder og køn i analyser af variation og årsager til variation i henvisningsmønstre.

3.2.3. Patienternes socioøkonomiske status

I Danmark er der ikke tidligere foretaget analyser af, om patienternes socioøkonomiske status har betydning for henvisningsmønstret. Ifølge udenlandske undersøgelser forklarer patienternes sociale forhold, uddannelse og erhverv noget af variationen i henvisninger.

I registerstudiet undersøges denne sammenhæng, men analysen af betydningen af patienternes socioøkonomiske status vanskeliggøres af, at der er stærk sammenhæng mellem de variable, som beskriver patienternes socioøkonomiske status (uddannelse, beskæftigelse og familieindkomst) og variable, som beskriver udbuddet af praktiserende læger, speciallæger og sygehuse. Dette opstår, fordi der i områder, hvor der er høj koncentration af personer med høj socioøkonomisk status, samtidig er et stort udbud af speciallæger.

Analysen viser, at socioøkonomiske variable har en betydning for henvisningsmønstret, også når der tages højde for udbudsfaktorer. Der er taget højde for dette på flere måder, bl.a. ved at lave separate analyser af effekten af de socioøkonomiske variable på udvalgte amter.

Der viser sig en tendens til, at personer med længere uddannelse og/eller høj familiedisponibel indkomst henvises oftere til speciallæger, hvorimod der er en tendens til, at personer med kort uddannelse og/eller lav familiedisponibel indkomst henvises oftere til sygehusindlæggelser.

3.3. Læge- og praksisrelaterede faktorer

En række faktorer relateret til lægen og praksis kan have betydning for, hvor meget og til hvem der henvises.

Udenlandske studier viser, at visse praksisorganisatoriske forhold samvarierer med henvisningsraterne. Enkelte studier viser således, at gruppepraksis benytter færre henvisninger, og at større praksis (flere patienter) benytter færre henvisninger. Samtidig er der også flere studier, der ikke kan påvise en sammenhæng.

Både registeranalysen og spørgeskemaanalysen viser, at de læge- og praksisrelaterede faktorer, det har været muligt at kvantificere samt indsamle og analysere data på, forklarer en relativt lille del af variationen i henvisningsmønsteret. Ifølge registeranalysen bidrager praksiskarakteristika kun med ca. 3 pct. til forklaringen af variationen i henvisningsmønsteret til speciallæger og ca. 1 pct. til forklaringen af variationen i henvisningsmønsteret til sygehuse.

3.3.1. Faktorer relateret til lægen

Lægens køn, alder og anciennitet

Analysen viser, at lægens køn og anciennitet har en ganske beskedne og ikke entydig betydning for variationen i henvisningsmønsteret, og at lægens alder ingen betydning har, jf. tabel 3.2.

Der er tendens til, at kvinder henviser mere, når man ser på det totale antal henvisninger, men at kvindelige læger samtidig henviser mindre til sygehusindlæggelse end deres mandlige kolleger.

Læger med flere års anciennitet henviser mindre til både sygehusindlægger og ambulante behandling på sygehuse, men når der ses på det totale antal henvisninger, har antal år i praksis ingen betydning. Lægens alder har ingen betydning for henvisningspraksis.

Lægens faglige viden og faglige vurdering - kronikere

Registeranalysen viser, at nogle praksis henviser kronikere med diagnoser, som ideelt set burde kunne klares i almen praksis, fem gange oftere til sygehus end andre praksis. Variationen kan skyldes forskelle i patienternes morbiditet, men også den enkelte læges faglige viden og erfaring. En anden forklaring kunne ligge i organisering i praksis, f.eks. at praksis, der har ansat sygeplejersker, er mere tilbøjelig til at behandle kronikere frem for at henvise dem. En tredje oplagt forklaring af forskellene ligger i organisering af samarbejdet mellem almen praksis og det specialiserede sundhedsvæsen i behandlingen af kronikere. Variationen i henvisninger af kronikere peger på, at der er et potentiale for forbedring af såvel kvalitet som effektivitet omkring henvisningen – og dermed behandlingen – af kronikere.

Boks 3.1. Analyse af udvalgte kroniske diagnoser.

Analysen af disse udvalgte kroniske diagnoser er foretaget i registeranalysen ved hjælp af en beregning af, hvor ofte der henvises for det, der kaldes ambulatory care sensitive conditions (ACSC). ACSC består af en gruppe af kroniske tilstande, herunder diabetes, KOL, astma, kronisk hjertesvigt og jernmangel. Ifølge den internationale litteratur kan disse optimalt klares i almen praksis i et samarbejde med det specialiserede sundhedsvæsen og kræver altså ikke henvisning til sygehusene. Det skal bemærkes, at patienter med disse kroniske tilstande også kan blive henvist til indlæggelse af fagligt velbegrundede årsager, men de vil så blive registeret med andre (alvorligere) aktionsdiagnoser i Landspatientregisteret, som anvendes i denne del af analysen.

Hvis ACSC-aktionsdiagnoser forekommer i forbindelse med henvisninger til sygehuse kan man antage, at henvisningen er forebyggelig. Det, at der alligevel bliver henvist, kan skyldes, at lægen, der henviser, ikke umiddelbart kan behandle og kontrollere den kroniske tilstand i praksis, enten fordi den opfattes som for kompliceret, pga. manglende viden, kunnen og erfaring eller pga. af manglende kapacitet. Læger, der relativt ofte henviser for disse aktionsdiagnoser, kan formodes at kunne optimere deres indsats i forhold til behandling og kontrol af patienter med disse kroniske lidelser.

Henvisningen kan dog også skyldes faktorer relateret til organiseringen og arbejdsdelingen i sundhedsvæsenet. Det kan således være, at der i et område er en tradition/procedure for at

henvise sådanne tilstande til f.eks. et specialambulatorium på et sygehus. Erfaringer fra udlandet har vist, at "tilbagehenvielse" med hvilket der menes, at speciallægen henviser patienten tilbage til egen læge for fortsat behandling og kontrol efter en aftalt plan, kan betyde færre unødige henvisninger af kronikere. På baggrund af den aftalte plan kan den alment praktiserende læge i højere grad tage sig af kronikere i praksis og i mindre grad genhenvise til speciallæger. Endvidere kan tilbagehenvielsen medvirke til at udvikle den alment praktiserende læges kompetencer ift. behandling af kronikere.

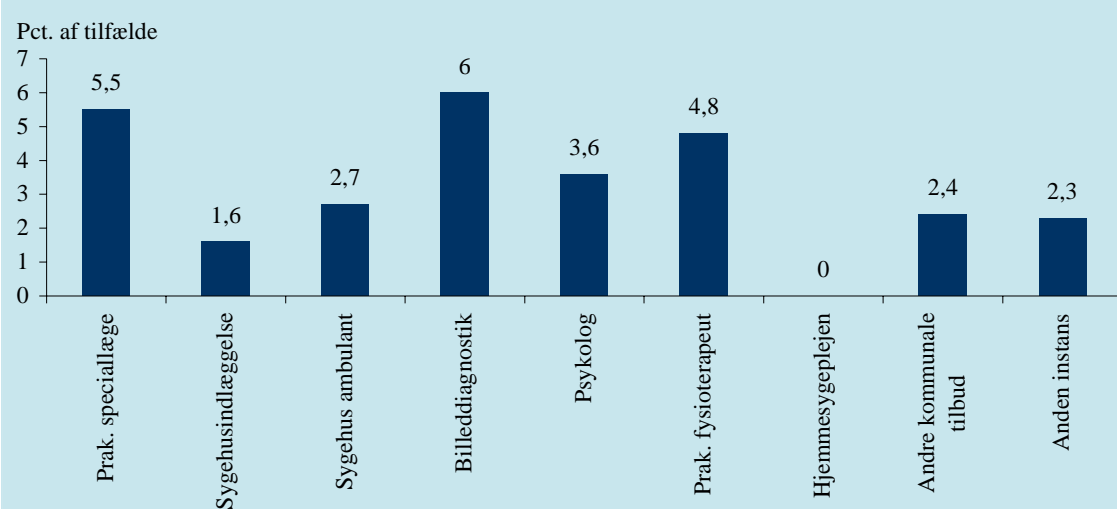
I registeranalysen blev det fundet, at gennemsnitligt 1 pct. af praksispopulationen henvises for ACSC i løbet af et år. Da disse sygdomme typisk forekommer hos ældre patienter, er forekomsten hos ældre patienter højere. Hos mænd over 50 år er det f.eks. mellem 1,5 og 3 pct. af populationen, der henvises for ACSC i løbet af et år; knap så mange for kvinders vedkommende.

Mellem praksis var der en variationsfaktor på 5 i henvisninger for ACSC. Det vil sige, at nogle praksis henviser fem gange så mange kronikere med diagnoser, som burde kunne klares i almen praksis, end tilfældet er for andre praksis. Dette resultat antyder, at der er grundlag for, at behandlingen af kronikere i almen praksis kan forbedres. Ligeledes peger resultaterne på, at samarbejdet om kronikere mellem almen praksis og det specialiserede sundhedsvæsen har betydning for, hvor mange kronikere der henvises, og at dette samarbejde kan forbedres f.eks. gennem vejledning, beslutningsstøtte og faglig rådgivning via sygehusene.

Lægens faglige viden og faglige vurdering – alle patientgrupper

Ved 4 pct. af henvisningerne vurderer lægen selv, at henvisningen sker med tvivlsom faglig begrundelse (tvivlsom indikation.). Dette gjaldt især for henvisninger til billeddiagnostik, speciallæge og fysioterapeut, jf. figur 3.2.

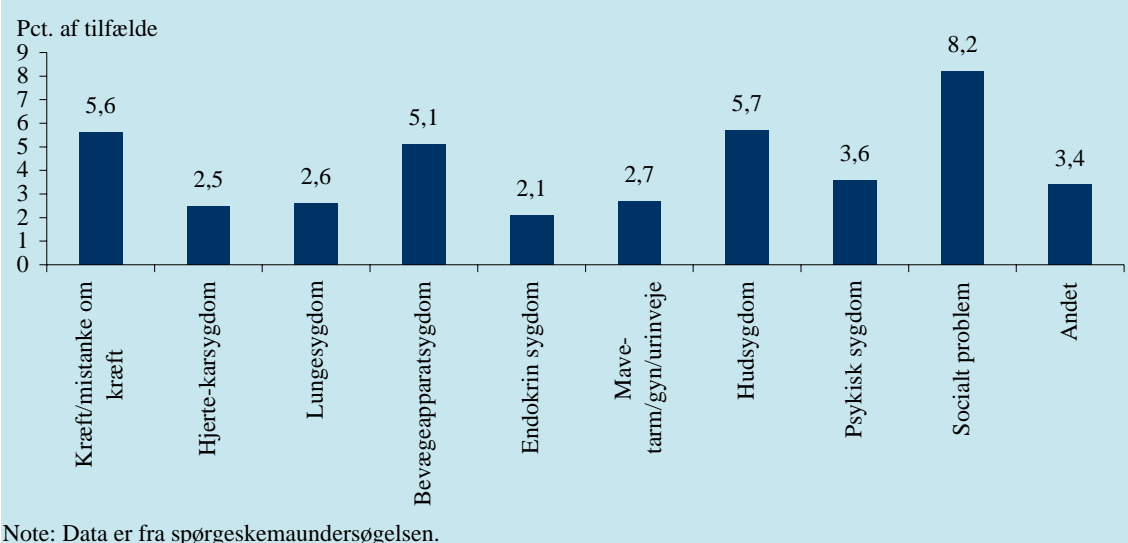
Figur 3.2. Procentdel af henvisninger til forskellige instanser hvor lægen vurderede, at indikationen var tvivlsom.



Note: Data er fra spørgeskemaundersøgelsen.

I forhold til sygdomskategori var det især sociale problemer, hudsygdom, kræft og bevægeapparat, der havde tvivlsomme indikationer, jf. figur 3.3.

Figur 3.3. Procentdel af henvisninger af patienter med forskellige sygdomme hvor lægen vurderede, at indikationen var tvivlsom.



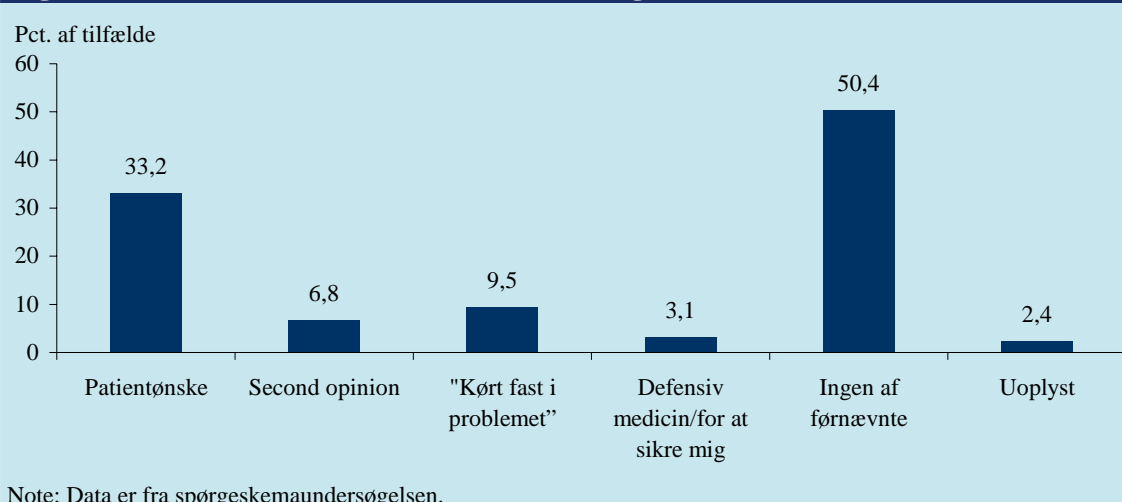
Det skal bemærkes, at vurderingen er lægens egen. Udenlandske fund antyder, at procentdelen kunne have været endnu højere, hvis vurderingen var foretaget af en speciallæge. Undersøgelser fra udlandet viser således, at mellem 10 og 16 pct. af henvisninger til det specialiserede sundhedsvæsen var med tvivlsom faglig begrundelse, når dette blev bedømt af speciallæger pba. vejledninger. I hvor høj grad disse henvisninger kan undgås er uvist, da der altid vil være tilfælde, hvor der henvises med tvivlsom indikation.

Resultaterne indikerer, at der kunne være et potentiale for at forbedre effektiviteten af henvisningsprocessen, særligt for visse typer af henvisninger og visse sygdomme f.eks. kræft og patienter med sociale problemer, da der blandt disse er et relativt højt antal henvisninger, der har tvivlsom indikation. Det bemærkes dog, at indførelsen af kræftpakker må forventes at have en betydning på henvisningsmønsteret fremadrettet.

Resultaterne giver ligeledes anledning til at se nærmere på, hvordan lægen kan styrkes i den faglige vurdering af, om en henvisning er nødvendig eller ej. Dette kunne f.eks. gøres gennem klinisk vejledning, herunder vejledning om rette indikation for henvisninger for specifikke sygdomme, specialvejledning/faglig vejledning via sygehusene. Endelig kan en vurdering af den faglige begrundelse som tvivlsom også indikere, at der mangler henvisningstilbud til visse typer af patienter og patientforløb.

Lægens risikovillighed og personlighed

I cirka halvdelen af de tilfælde, hvor der foretages en henvisning, vurderer lægerne selv, at der ud over faktorer, som er direkte relateret til sygdom, er andre faktorer, som medvirker til, at der foretages en henvisning., jf. figur 3.4.

Figur 3.4. Medvirkende faktorer til henvisning.

I en tredjedel af tilfældene drejer det sig om patientønske, hvilket svarer godt til undersøgelser af dette fra udlandet. Begrundelsen, at lægen er "kørt fast i problemet" er en medvirkende årsag til at foretage en henvisning i næsten 10 pct. af tilfældene. Hvor påvirkelig lægen er over for patientønsker, og hvornår den enkelte læge kører fast i et problem eller en patient, vil være betinget af den enkelte læges personlighed og erfaring, men også hvilke muligheder lægen har for professionel og faglig sparring og støtte blandt andre praktiserende læger eller i det specialiserede sundhedsvæsen.

I 3 pct. af tilfældene henviste lægerne for at sikre sig selv. Dette svarer godt til analyser af data for defensiv medicin i udlandet. Defensiv medicin betegner den situation, hvor lægen primært gennemfører undersøgelser og behandlinger for at undgå at blive beskyldt for ikke at have gjort dette, hvis der skulle ske en fejl. F.eks. hvor en læge henviser flere, der hoster til at få taget et røntgenbillede af lungerne, end det er nødvendigt ud fra en medicinsk betragtning, for at undgå at overse en yderst sjælden lungekræft. Defensiv medicin anses som ineffektivt og mere til skade end til gavn for patienterne. Defensiv medicin kan forebygges vha. præcise kliniske vejledninger til den alment praktiserende læge.

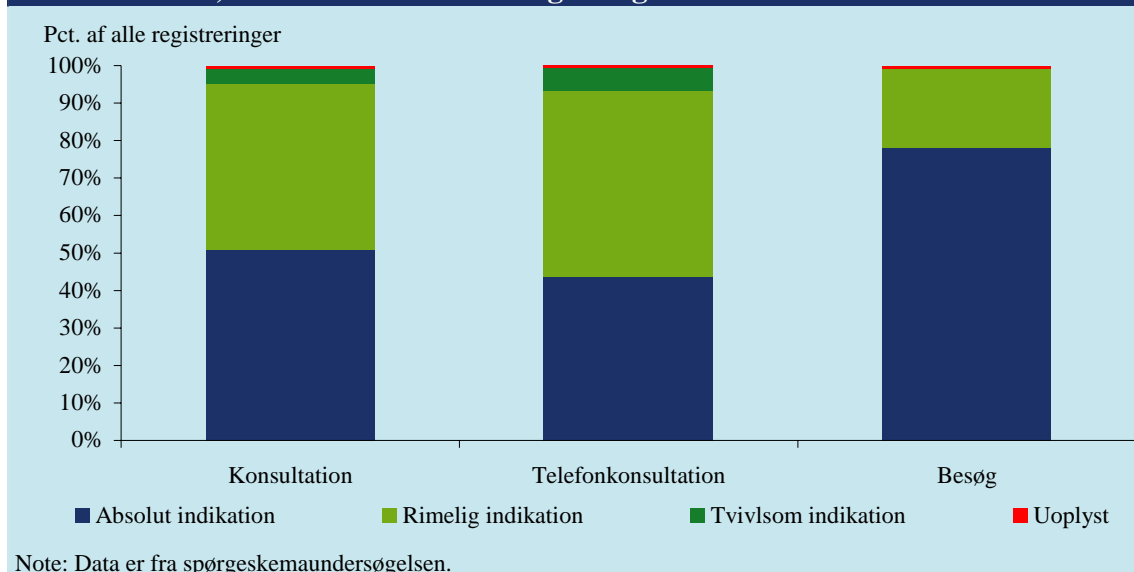
Henvisninger via telefonen/indirekte henvisninger

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at næsten hver femte henvisning skete i forlængelse af en telefonkonsultation (indirekte henvisning). Dette kan i mange tilfælde være en effektiv strategi, idet der ofte forud for en telefonkonsultation vil have været en konsultation, hvor der er lavet en undersøgelse og måske taget nogle prøver. Telefonkonsultationens funktion vil derefter være at informere patienten om resultaterne og henvise om nødvendigt. I andre tilfælde er lægens kendskab til patienten så godt, at læger på baggrund af en telefonsamtale umiddelbart kan fastslå, at patienten skal henvises.

I andre tilfælde er en indirekte henvisning derimod ikke den mest effektive strategi, da lægen ikke har mulighed for at undersøge patienten i umiddelbar sammenhæng med, at henvisningen foretages. Behovet for at se nærmere på effektiviteten af de indirekte henvisninger underbygges af resultater fra spørgeskemaanalysen, som viser, at en større andel af henvisningerne har tvivlsom indikation ved telefonkonsultationer end almindelige konsultationer og besøg jf. figur 3.5. Ligeledes er en større andel af henvisningerne, som er foretaget på baggrund af telefonkonsultationer, foretaget med

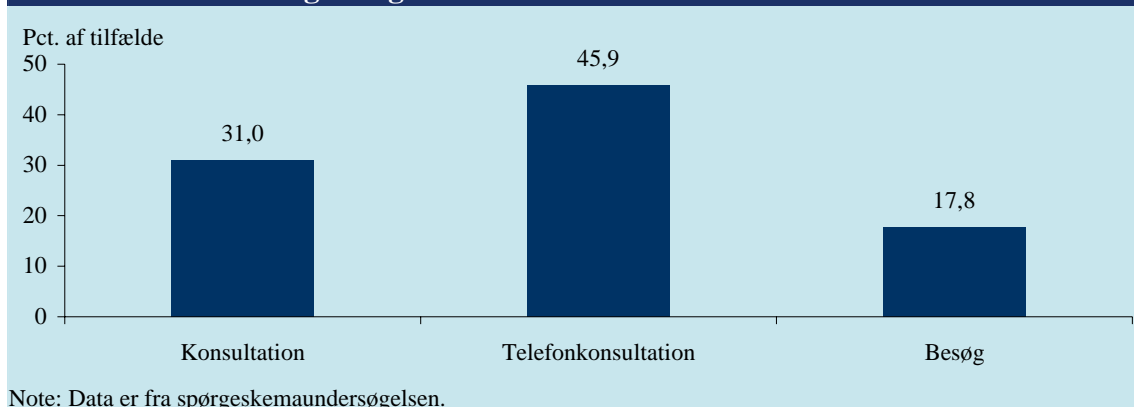
tvivlsom faglig begrundelse (indikation) end tilfældet er ved almindelige konsultationer og besøg.

Figur 3.5. Lægens faglige vurdering af henvisningsgrundlaget ved hhv. konsultationer, telefonkonsultationer og besøg.



Spørgeskemaundersøgelsen viser også, at patientønske i højere grad er en medvirkende faktor til henvisninger, som sker i forlængelse af telefonkonsultationer. Således vurderer lægen, at patientønske har været medvirkende faktor ved næsten halvdelen af de henvisninger, der sker i forlængelse af telefonkonsultationer, men ca. 30 pct. i forlængelse af almindelige konsultationer og knap 20 pct. ved besøg, jf. figur 3.6.

Figur 3.6. Patientønske som medvirkende faktor til henvisning ved konsultation, telefonkonsultation og besøg.



3.3.2. Faktorer relateret til praksis

Praksis størrelse og kapacitet

Analysen viser, at praksisstørrelse og kapacitet målt som antal tilmeldte og antallet af læger ikke har betydning for henvisningsmønsteret, jf. tabel 3.2.

Antallet af tilmeldte patienter hos den praktiserende læge har ikke betydning for henvisningsmønsteret til hverken speciallæger eller sygehuse. Både registeranalysen og spørgeskemaanalysen viser, at praksis med mange tilmeldte personer ikke henviser relativt flere til det sekundære sundhedsvæsen. Der findes heller ingen signifikant sammenhæng mellem antallet af læger i praksis og henvisningsmønsteret.

Praksisform (kompagniskab vs. solopraksis)

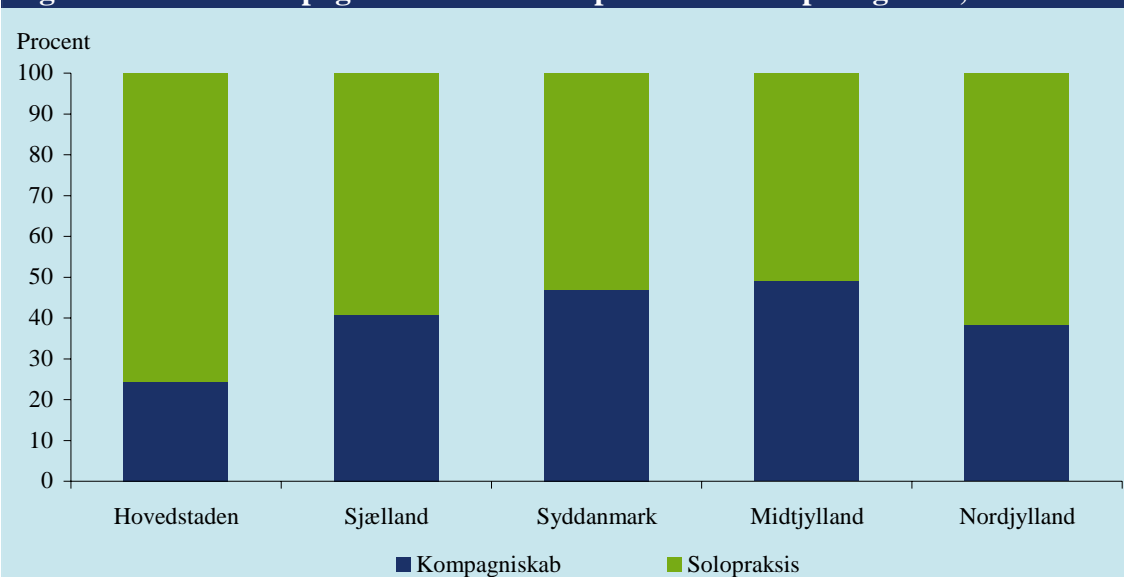
Analyserne viser ikke en nævneværdig sammenhæng mellem praksisform (hvorvidt praksis er organiseret som solopraksis eller kompagniskabspraksis, se boks 3.2) og variationen i henvisningsmønstret. Der er dog en mindre samvariation, der indikerer, at kompagniskabspraksis i højere grad henviser til ambulante forløb og i mindre grad til speciallæge. På grund af den geografiske fordeling af hhv. solo og kompagniskabspraksis (se figur 3.7.) med en ophobning af solopraksis i hovedstaden og større byer, hvor der også er en ophobning af speciallæger, synes denne mindre sammenhæng imidlertid at kunne forklares ved, at læger, der arbejder i et område med højt udbud af speciallæger, samtidig også sidder i en solopraksis. Analyser af registerdata afgrænset til H:S og Nordjyllands Amt bekræfter dette.

Boks 3.2. Solopraksis og kompagniskabspraksis.

En praksis er enten en *solopraksis* (enkeltmandspraksis) eller en *kompagniskabspraksis*. En solopraksis drives af én læge (eller to delelæger) uden fællesskab med andre læger om patienter eller økonomi. En kompagniskabspraksis er en almen praksis, der drives af to eller flere læger, der har fælles patientliste, økonomi, lokaler og personale. I et kompagniskab kan der endvidere optages en eller flere delelæger. Hvis enkeltmandspraksis og/eller kompagniskabspraksis med hver deres patientliste og økonomi samarbejder om lokaler og evt. personale, kaldes praksis en *samarbejdspraksis* (gruppepraksis). Er der ikke lokalefællesskab, men samarbejde ved ferie, sygdom, kursus samt evt. delvis om personale kaldes det *netværkspraksis*.

Der er blandt regionerne forskel i tilbøjeligheden til at indgå i kompagniskabspraksis. Knap en fjerdedel af praksis i Region Hovedstaden er organiseret som kompagniskab, mens det er tilfældet for næsten halvdelen af praksis i Region Midtjylland og Region Syddanmark og omkring 40 pct. af praksis i Region Sjælland og Region Nordjylland, jf. figur 3.7.

Figur 3.7. Andel kompagniskabs- hhv. solopraksis fordelt på regioner, 2007.



Note: Data er fra spørgeskemaundersøgelsen.

Praksispersonale og arbejdstilrettelæggelse

Analysen påviser ingen entydig sammenhæng mellem brugen af ikke-lægeligt praksispersonale (sekretær, sygeplejerske og bioanalytiker) og henvisningsmønsteret.

Analysen viser således, at der er en sammenhæng mellem et øget timeforbrug for sekretærer og bioanalytikere i praksis og færre henvisninger til speciallæge, men samtidig flere henvisninger til sygehusene. Den sidste sammenhæng gælder også for brug af sygeplejersker, mens der ikke påvises nogen sammenhæng mellem antallet af sygeplejersker og henvisninger til speciallæger.

Absolut set er disse sammenhænge dog af beskeden størrelse, og konklusionen af både litteraturgennemgangen, registeranalysen og spørgeskemaanalysen er, at der ikke er nogen klar sammenhæng mellem brug af praksispersonale og variationen i henvisningsmønsteret.

Det bemærkes, at for de fleste praksis vedkommende omfatter det ikke-lægelige praksispersonale alene en sekretær, se boks 3.3, mens brugen af andre typer af praksispersonale såsom praksissygeplejersker, fysioterapeuter, socialrådgivere og praksismanagers ikke er særligt udbredt i Danmark.

Boks 3.3: Ikke-lægelig medhjælp i almen praksis.

Ifølge PLO's praksistælling fra 2005 har 80 pct. af praksis ansat en sekretær, 47 pct. har en sygeplejerske ansat, mens kun 36 pct. har en bioanalytiker ansat. For alle personalegrupper gælder det, at den gennemsnitlige arbejdstid i praksis er over 30 timer.

I forlængelse af dette er det interessant at bemærke, at andelen af praksis, der har ikke-lægeligt praksispersonale ansat, varierer betydeligt mellem praksisform, dvs. mellem kompagniskabspraksis, solopraksis og samarbejdspraksis. Mens 91 pct. af kompagniskabspraksis har sekretær ansat, er andelen kun 74 pct. for solopraksis. Ligeledes har flest kompagniskabspraksis sygeplejerske ansat; 57 pct. mod 41 pct. for solopraksis. Den største variation findes blandt bioanalytikere, hvor over halvdelen af kompagniskabspraksis har ansat en bioanalytiker, mens kun 26 pct. af solopraksis har det. For alle personalegrupper gælder det, at samarbejdspraksis har en højere andel af ikke-lægelig medhjælp end solopraksis, men en lavere andel end kompagniskabspraksis.

En sammenligning af dansk almen praksis med udlandet viser, at Danmark adskiller sig fra lande som England, Holland, Sverige og Finland ved kun i begrænset omfang at inkludere praksispersonale i behandlingen i almen praksis (DSI, 2007:119). I udlandet benyttes i højere grad f.eks. specialuddannede sygeplejersker til kontrol og opfølgning af patienter med kroniske sygdomme, fysioterapeuter til at arbejde med patienter med behov for behandling relateret til forebyggelse eller genoptræning eller socialrådgivere til patienter, som opsøger almen praksis i forbindelse med problemer af mere social karakter.

Analysen påviser ikke en klar sammenhæng mellem brugen af praksispersonale og henvisningsmønsteret. Det kan dog ikke udelukkes, at en mere systematisk inddragelse af sygeplejersker og andet ikke-lægeligt sundhedspersonale, jf. ovenfor, kan have en effekt på henvisningsmønsteret. Der kunne være et potentiale for at påvirke antallet af henvisninger af kronikere, patienter med sociale problemer og patienter med behov for genoptræning ved at ansætte mere og andre typer af praksispersonale i almen praksis.

Laboratoriefaciliteter

Registeranalysen viser, at jo flere timer almen praksis bruger på egne laboratoriefunktioner jo færre henvisninger til speciallæge og jo flere henvisninger til

sygehuse. Resultaterne tyder således på, at laboratoriefunktionerne substituerer for henvisning til lignende aktiviteter hos speciallæger og er samtidig kilde til identifikation af flere symptomer, der kræver henvisning til sygehus. I tolkningen af resultaterne skal det holdes in mente, at der også er stor geografisk forskel i, hvilke praksis der har laboratoriefaciliteter, og at flermåndspraksis i højere grad har laboratoriefaciliteter end enkeltmandspraksis. Derfor er det sandsynligt, at den fundne sammenhæng kan forklares af geografi.

3.4. Strukturelle og organisatoriske faktorer

3.4.1. Udbuddet af sundhedstilbud

Analysen viser, at udbuddet af sundhedstilbud i det specialiserede sundhedsvæsen har stor betydning for henvisningsmønstret.

Af litteraturanalysen ses, at tidligere studier fra både Danmark og udlandet viser, at udbuddet af speciallæger og sygehuse har betydning for henvisningsmønstret.

Både registeranalysen og spørgeskemaanalysen viser, at udbudsfaktorer, særligt tætheden af speciallæger, har betydning for henvisningsmønstret til speciallæge og ambulante behandling på sygehus. Sådanne udbudsforhold ser ud til samlet at kunne forklare op til 20 pct. af variationen i brug af henvisninger, jf. tabel 3.2.

En særskilt analyse af udbudsfaktorerens betydning gennemført som en del af registeranalysen viser, at en højere speciallægetæthed giver flere henvisninger til speciallæge. Det beregnes, at hvis der kommer én speciallæge mere i et område med 10.000 indbyggere, så stiger antallet af henvisninger til speciallæger med ca. 10 pct. Samtidig vil lidt færre (ca. 4 pct.) blive henvist til ambulante behandling.

Resultaterne indikerer, at højere speciallægetæthed indebærer højere henvisningsrater til speciallæge og et lidt lavere antal af henvisninger til ambulante behandling på sygehus. Dette indikerer, at der i det danske sundhedsvæsen kan være en substituerings effekt, hvor forekomst af speciallæger fører til et øget antal henvisninger fra almen praksis til speciallæger, men relativt færre henvisninger til sygehus.

Det bemærkes, at der med ovennævnte resultater ikke er vist, at øget brug af speciallæge fører til absolut lavere brug af indlæggelser og ambulante forløb, idet speciallægerens henvisninger ikke indgår i analysen. Det kan således ikke udelukkes, at et øget udbud af speciallæger fører til samme brug af specialiserede sundhedsydelser eller højere brug heraf, idet det i disse områder blot er speciallægerne, der henviser til sygehusene frem for de alment praktiserende læger.

3.4.2. Henvisningsmuligheder

Det er ikke givet på forhånd, hvad effekten af nye henvisningsmuligheder vil være. På baggrund af analysens resultater som viser, at udbud af sundhedstilbud og antallet af henvisninger følges, må det umiddelbart formodes, at hvis mulighederne for at henvise udvides, så vil antallet af henvisninger til disse nye tilbud følge med.

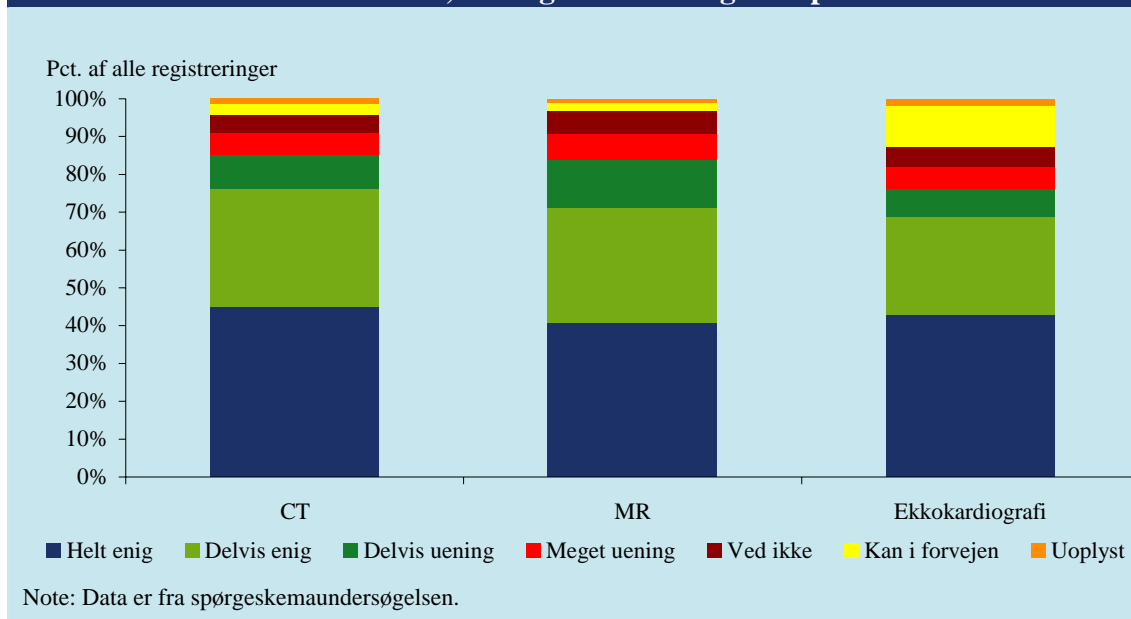
Dette betyder dog ikke nødvendigvis et samlet øget forbrug af henvisninger. Dette skyldes, at nye henvisningstilbud kan betyde en substitution væk fra gamle – og mindre ideelle – henvisningstilbud og at nye henvisningsmuligheder kan betyde, at flere opgaver kan løses i almen praksis, jvf. resultaterne nedenfor vedrørende muligheden for at henvise til skanninger.

Muligheden for at henvise til skanninger

Mere end 2/3 af lægerne mente, at mulighed for at kunne henvise direkte til CT- og MR-skanning samt ekkokardiografi⁴ ville kunne hjælpe dem til selv at løse flere problemer i praksis, jf. figur 3.8. Det kunne f.eks. være i højere grad selv at udrede patienter frem for at henvise dem til udredning på et sygehus.

Der kan dog ikke på baggrund af disse resultater konkluderes, hvor mange flere opgaver lægen selv vil kunne løse, og om det ville være omkostningseffektivt at kunne henvise direkte til disse diagnostiske undersøgelser.

Figur 3.8. Lægernes vurdering af om de ville kunne løse flere problemer selv, hvis de kunne henvise direkte til CT, MR og ekkokardiografi i procent.

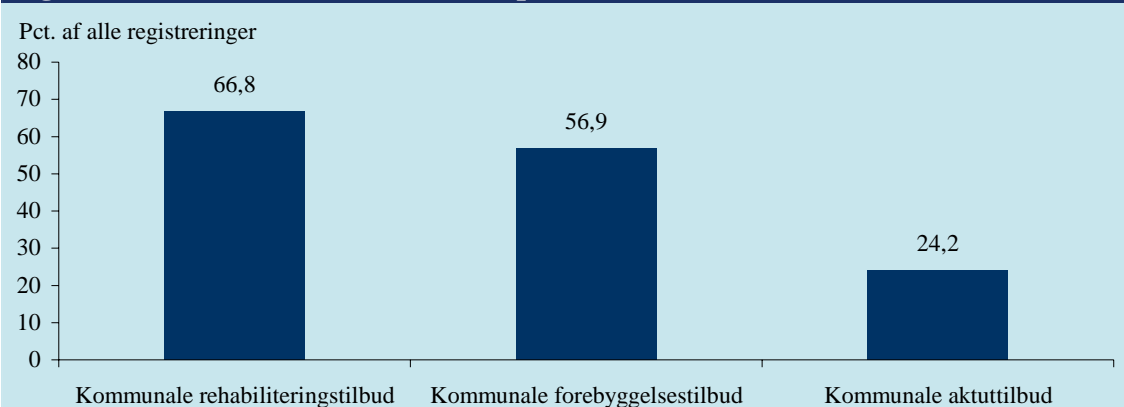


Muligheden for at henvise til kommunale forebyggelsestilbud, rehabiliteringstilbud og akuttilbud

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at omkring to tredjedele af lægerne oplyser, at de har mulighed for at henvise til kommunale rehabiliteringstilbud, jf. figur 3.9. Mere end halvdelen oplyser, at de har mulighed for at henvise til kommunale forebyggelsestilbud, og en fjerdedel af lægerne oplyser, at de kan henvise til kommunale akuttilbud⁵.

⁴ Alment praktiserende læger kan som udgangspunkt ikke henvise direkte til disse relativt dyre undersøgelser, men skal henvises til enten en speciallæge eller en sygehusafdeling, som så kan rekvirere en undersøgelse, hvis dette skønnes nødvendigt. I nogle regioner findes undtagelser for dette, så alment praktiserende læger i særlige tilfælde kan henvise direkte til disse undersøgelser.

⁵ F.eks. kommunale akutstuer eller akutteams i hjemmesygeplejen

Figur 3.9. Der er aftale om, at almen praksis kan henvise til.

Note: Data er fra spørgeskemaundersøgelsen.

Det kan ikke ud fra analysens resultater konkluderes, hvorvidt dette udbud er anvendeligt eller tilstrækkeligt. I forhold til kommunale akuttilbud er det dog væsentligt at bemærke, at der ifølge spørgeskemaundersøgelsen stort set kun foretages akutte henvisninger til to instanser, nemlig sygehusindlæggelse og hjemmesygeplejen, mens kun ca. 2 pct. af henvisningerne til andre kommunale tilbud er akutte. Resultaterne tyder således på, at der ud over henvisningerne til hjemmesygeplejen henvises ganske lidt til kommunale akuttilbud.

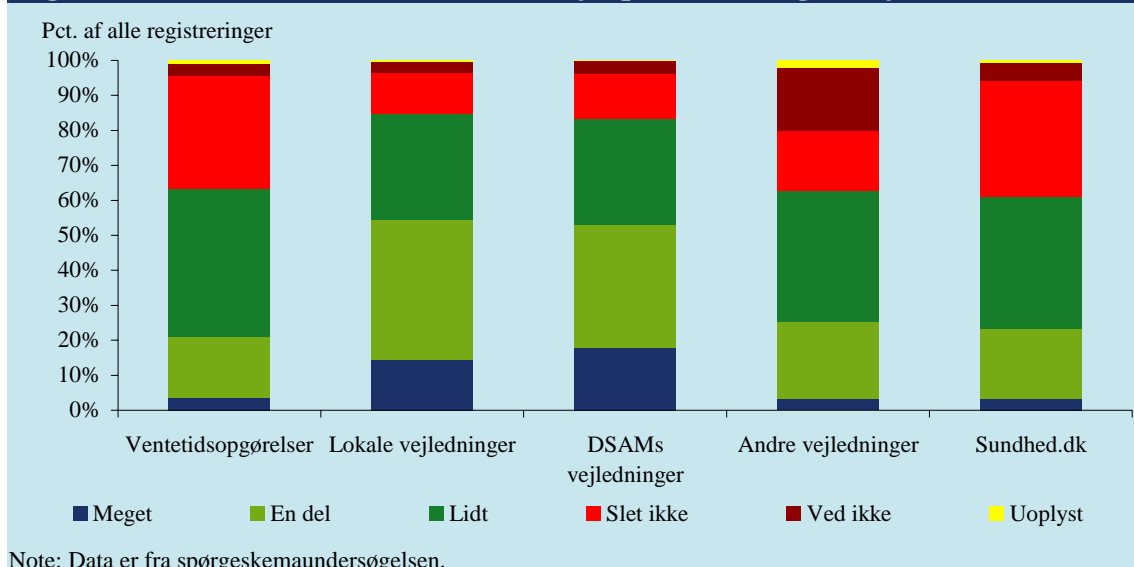
Endvidere kan der i undersøgelsen ikke påvises en sammenhæng mellem lægernes mulighed for at henvise til kommunale akuttilbud, og hvor meget disse læger henviser til sygehusindlæggelse..

3.4.3. Samarbejdsformer og organisering af sundhedsvæsenet

En relativ stor del af den uforklarede variation i henvisningsmønsteret er ifølge registeranalysen betinget af geografiske forhold, som det ikke har været muligt at identificere nærmere. Dette peger i retning af, at man lokalt kan have traditioner, kulturer og samarbejdsformer, der knytter sig til området, der kan forklare forskelle i brugen af henvisninger.

Vejledninger

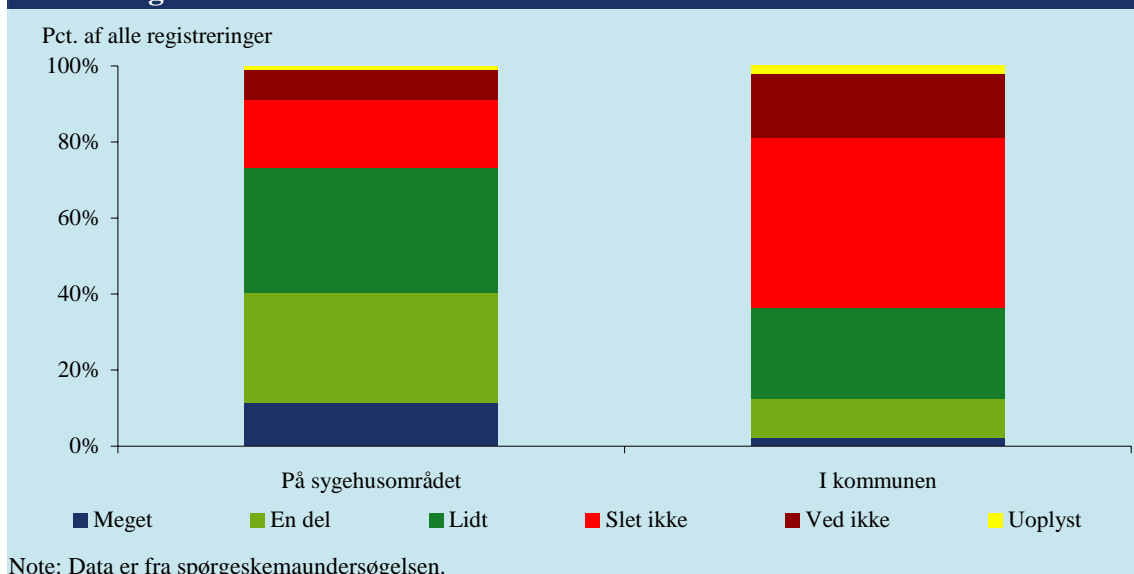
Adspurgt om initiativer der hjælper i henvisningsprocessen, svarer lægerne, at lokale og DSAM's (Dansk Selskab for Almen Medicin) vejledninger var til størst hjælp af en række initiativer, jf. figur 3.10.

Figur 3.10. Initiativer, der har været til hjælp i henvisningsarbejdet.

Det er således sandsynligt, at en mere fokuseret tilgang med hensyn til vejledninger og aktiv implementering i praksis vil kunne være en støtte til almen praksis i henvisningsarbejdet. Dette svarer til resultaterne af gennemgangen af den danske og udenlandske litteratur, som viser, at en fokuseret og aktiv implementering af vejledning og beslutningsstøtte havde en effekt på kvaliteten af henvisningerne.

Praksiskonsulentordningen

Ca. 40 pct. af lægerne svarer, at praksiskonsulentordningen på sygehusområdet har været til meget eller en del hjælp i arbejdet med henvisninger. jf. figur 3.11. Resultaterne indikerer, at de regionale praksiskonsulentordninger potentielt kan påvirke kvaliteten og effektiviteten i henvisningsprocessen. Kun ca. 12 pct. svarer, at praksiskonsulentordningen på kommuneniveau har været til megen eller en del hjælp i arbejdet med henvisninger. Dette kan hænge sammen med, at kommunale praksiskonsulentordninger er et relativt nyt fænomen, som endvidere ikke findes i alle kommuner.

Figur 3.11. Har praksiskonsulentordningen været til hjælp i dit arbejde med henvisninger?

Appendiks 1: Variation i antal henvisninger og andel henviste

Tabel A.1. Variationen i andel henviste borgere, køns- og aldersstandardiserede tal.

	I alt, inkl. radiologi	Speciallæge, inkl. radiologi	Speciallæge, ekskl. radiologi	Sygehus
Praksisniveau				
Variationsfaktor	1,6	3,1	2,4	2,8
- minimumsværdi	31,1	14,9	16,7	9,6
- maksimumsværdi	51,0	45,7	40,8	27,3
90%-variationsfaktor	1,2	1,4	1,3	1,5
- 5%-fraktil	37,7	25,7	25,4	14,5
- 95%-fraktil	44,8	35,4	33,5	22,3
Gennemsnit	41,2	30,1	29,2	19,2
Standardafvigelse	2,2	3,1	2,5	2,4
Kommuneniveau				
Variationsfaktor	1,1	1,4	1,2	1,4
- minimumsværdi	38,9	26,3	26,7	15,7
- maksimumsværdi	44,6	35,9	32,7	21,8
90%-variationsfaktor	1,1	1,2	1,1	1,2
- 5%-fraktil	40,0	27,2	27,3	18,4
- 95%-fraktil	43,1	32,1	31,2	21,4
Standardafvigelse	1,0	1,5	1,3	1,1
Regionsniveau				
Variationsfaktor	1,03	1,11	1,08	1,14
- minimumsværdi	40,4	28,6	28,1	17,8
- maksimumsværdi	41,7	31,8	30,3	20,3

Tabel A.2. Variationen i andel henvisninger pr. 100 konfrontationskontakter, køns- og aldersstandardiserede tal.

	I alt, inkl. radiologi	Speciallæge, inkl. radiologi	Speciallæge, ekskl. radiologi	Sygehus
Praksisniveau				
Variationsfaktor	-	11,5	4,0	2,5
- minimumsværdi	-	26,0	51,4	45,9
- maksimumsværdi	-	299,2	204,1	113,0
90%-variationsfaktor	-	2,0	1,5	1,4
- 5%-fraktil	-	100,2	103,7	62,8
- 95%-fraktil	-	201,4	156,2	87,3
Gennemsnit	-	136,7	124,8	76,1
Standardafvigelse	-	31,3	16,4	7,5
Kommuneniveau				

Variationsfaktor	1,5	2,1	1,5	1,3
- minimumsværdi	18,2	9,8	10,5	6,7
- maksimumsværdi	26,9	20,2	15,4	8,5
90%-variationsfaktor	1,2	1,4	1,2	1,2
- 5%-fraktil	19,0	10,9	11,0	7,0
- 95%-fraktil	22,2	14,9	13,4	8,3
Standardafvigelse	1,3	1,5	0,8	0,4
Regionsniveau				
Variationsfaktor	1,13	1,27	1,15	1,11
- minimumsværdi	20,3	12,3	11,7	7,2
- maksimumsværdi	22,9	15,6	13,4	8,0

Note: data er fra registeranalysen (særkørsel)

Appendiks 2: Kommissorium mv.

1. Kommissorium for analyse af henvisningsmønstre og – årsager i almen praksis

Med kommunalreformens nye struktur på sundhedsområdet er der skabt grundlag for et styrket samarbejde mellem sygehusene, kommunerne og praksissektoren, herunder særligt almen praksis. Med udviklingen af fremtidens sygehusstruktur, hvor funktioner samles på færre og mere bæredygtige enheder, øges behovet samtidig for, at flere funktioner fagligt kan løftes af et sundhedstilbud tæt på borgerne.

I aftalen om regionernes økonomi for 2008 er regeringen, Danske Regioner og KL enige om at igangsætte en analyse af almen praksissektorens henvisningspraksis i regi af Samarbejdsprojektet for den decentrale offentlige sektor under Styregruppen for Tværoffentligt Samarbejde (STS).

Resultaterne af analysen kan indgå i det samlede analysearbejde af sektoren, som er aftalt af regeringen, Danske Regioner og KL som en del af økonomiaftalen for 2008.

På denne baggrund nedsættes en arbejdsgruppe under STS, der skal være ansvarlig for, at der gennemføres en analyse af henvisningsmønstre og – årsager i almen praksis.

Analysen vil fokusere på følgende:

- I. Kortlægning af henvisningsmønstre blandt praktiserende læger i Danmark på praksis-, kommune og regionsniveau. Variationen, og hvor muligt udviklingen over tid, i antallet af henvisninger og evt. antallet af genhenvisninger til undersøgelser og behandling på sygehus (ambulatorium eller indlæggelse), til speciallæge eller til røntgen- eller laboratorieundersøgelse mv. vil blive kortlagt. Endvidere kortlægges evt. henvisningsmønstre på udvalgte sygdomsområder.
- II. Afdækning af årsager til forskelle i henvisningsmønstre. Dette gøres på baggrund af identificerede sammenhænge med forskellige faktorer, såsom bl.a. patientsammensætning, organisering og arbejdstilrettelæggelse i almen praksis og sammenspillet med sundhedsvæsenet i øvrigt samt på baggrund af eventuel identificeret sammenhæng med variationer i ydelses- og evt. medicineringsmønstre.

Ved gennemførelse af analysen af henvisningsmønstre og - årsager inddrages efter behov relevante institutioner som eksempelvis Lægemiddelstyrelsen samt forskere og konsulenter, der besidder et særligt kendskab til almen praksis samt lignende kortlægninger og analyser.

Arbejdsgruppen sammensættes af repræsentanter fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet (formand), Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet, Danske Regioner og KL. Arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Finansministeriet.

Arbejdsgruppen afrapporterer til STS senest marts 2008.

2. Arbejdsgruppens sammensætning

Danske Regioner

Karen Nørskov Toke, Chefkonsulent, Kontoret for sundhedspolitik

Frank Ingemann Jensen, Afdelingschef, Sygesikring, Region Syddanmark

KL

Mette Bergholdt, Chefkonsulent, Økonomisk sekretariat

Helle Schnedler, Chefkonsulent, Kontoret for social- og sundhedspolitik (per 1. april 2008 afløst af Nina Gath)

Finansministeriet

Merete Rønmos Houmann, Specialkonsulent, 5. kontor

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Henrik Grosen, Kontorchef, Kontoret for sundhedsstatistik

Mette Ide Davidsen, Fuldmægtig, Kontoret for sundhedsstatistik

Tobias Neergaard, Specialkonsulent, Regional sundhed

Sundhedsstyrelsen

Kjeld Kjeldsen, Vicedirektør

3. Møderække

Arbejdsgruppen har afholdt i alt 8 møder i perioden september 2007 til juni 2008.